Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4 – 4½ Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 ℳ, ins Ausland 7.50 ℳ. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 36. 5. September 1899. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 46. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem pathologischen Institut München.

Neue Fragestellungen zur Pathologie der Zelle.*)

Von Dr. *Eugen Albrecht*, Assistent am Institut.

M. H.: Vor ungefähr einem Jahre hatte ich die Ehre, Ihnen die Resultate einer Serie von Untersuchungen mitzutheilen, welche sich speciell mit den physikalischen Zuständen, physikalischen Möglichkeiten und Nothwendigkeiten der lebenden — wenigstens zu Beginn der Versuche noch lebenden — Zellen beschäftigten. Ich ging dabei von der Voraussetzung aus, dass es möglich sein müsse, für die lebenden Zellen und ihre Theile ebenso wie für irgend einen anderen Körper, aus denjenigen Veränderungen, welche sie durch mechanische und chemische Einwirkungen erfahren, den Aggregatzustand zu bestimmen, in welchem sie zu Beginn der Versuche sich befinden. Gleichviel, ob die Zelle durch solche Einwirkungen nur leicht geschädigt oder getödtet wird, sie wird, wenn nur der erste Eingriff entsprechend gewählt wird, sich bereits diesem gegenüber entweder als Flüssigkeit oder als fester Körper oder als Gemenge von beiden verhalten müssen. Derartige direct an der Zelle angestellte Versuche schienen mir besonders auch desshalb nothwendig, weil durch das von Quincke, Bütschli und einer Reihe anderer Autoren inaugurirte Verfahren der Vergleichung und Analogisirung anorganischer Experimente mit den biologischen Wandlungen innerhalb der Zelle eine ziemlich grosse Anzahl von Wahrscheinlichkeitsgründen für einen im Wesentlichen flüssigen Zustand des Protoplasmas, aber keine definitiven Beweise für diese physikalische Natur der Zellbestandtheile geliefert worden sind.

Ich beschränkte mich seiner Zeit auf die Verhältnisse am Seeigelei, welches zu eingehendem Studium in dieser Hinsicht besonders geeignet scheint und mir desshalb als hauptsächlichstes Object gedient hatte. Für dieses ergab sich, wie Sie sich vielleicht erinnern, der Nachweis, dass sowohl der Kern als der Nucleolus der unreifen Eizelle, ebenso der reife Eikern, der Furchungskern und die Kerne der Blastomeren als Tropfen innerhalb eines gleichfalls flüssigen Zellleibes aufzufassen sind.

Inzwischen hatte ich Gelegenheit, auf der Düsseldorfer Naturforscherversammlung zusammenfassend die allgemeinsten Resultate mitzutheilen, welche mir ähnliche Untersuchungen an einer sehr grossen Anzahl von thierischen und pflanzlichen Zellen der verschiedensten Gewebsarten lieferten. Dieselben zeigten, dass der Nachweis der Flüssigkeitsnatur für einen grossen Theil der protoplasmatischen Gebilde nach den gleichen Principien möglich ist, wie ich sie seinerzeit für das Seeigelei entwickelte.

Die überwiegende Mehrzahl der untersuchten Zellen liess für den Kern, den eventuellen Nucleolus [1]) sowie die Gebilde des Zellleibes, soferne nicht gewisse besondere Differenzirungen vorliegen, den Nachweis zu, dass sie in der That, solange sie nicht künstlich in den festen Aggregatzustand überführt werden, alle wesentlichen unterscheidenden Eigenschaften von Flüssigkeiten und nur solche von Flüssigkeiten aufweisen, dass sie also weder als eine Durchmengung von festen und flüssigen Bestandtheilen in irgend welcher Form (feste Netze oder Fäden und flüssige Zwischensubstanz, oder feste Körner und flüssige Intergranularsubstanz) zu betrachten sind, noch auch — wenigstens in fast allen ihren bisher untersuchten Formen — als Körper, deren Aggregatzustand etwa auf der Grenze zwischen fest und flüssig steht, mit Eigenschaften beider Zustände, wie dies die häufige Bezeichnung des Aggregatzustandes als «festweich» vermuthen lassen könnte.

Die angewandten Beweismethoden gehen sämmtlich aus von der physikalischen Definition des flüssigen Zustandes als eines solchen, bei welchem die Verschiebungselasticität = 0, und nur innere Reibung, Cohaesion, vorhanden ist, sowie von den daraus abgeleiteten und empirisch von Plateau, Quincke, Mensbrügge und vielen Anderen nachgewiesenen Möglichkeiten der Formbildung und Formveränderung in flüssigen Medien. Für jeden einzelnen Fall wurde demgemäss untersucht, ob die primär vorhandenen und die in den Versuchen producirten Formen solche und nur solche sind, wie sie in flüssigen Körpern möglich und zu fordern sind.

Unter den seinerzeit angeführten Beweismöglichkeiten für oder gegen die Flüssigkeitsnatur der Protoplasmagebilde hat sich ein Phänomen als besonders anwendbar und fruchtbringend auch für die Untersuchung der Metazoen- und Metaphytenzellen erwiesen: der Vorgang, welchen ich seinerzeit als tropfige Entmischung benannte, und welcher darin besteht, dass in einer homogenen Lösung von zwei oder mehr verschiedenen Flüssigkeiten, wenn durch chemische oder andere Einwirkung ihre Capillaritätsconstanten entsprechend geändert werden, einer oder eine Anzahl dieser Körper in Tropfenform ausfallen und sich auch weiterhin wie in einer Flüssigkeit suspendirte Tropfen verhalten. Um ein grobes Beispiel zu gebrauchen, bitte ich Sie, sich etwa das Verhalten eines Fetttropfens in Alkalilösung zu vergegenwärtigen: er wird verseift und geht in Lösung, seine Tropfenform ist verschwunden. Würden wir umgekehrt ihn aus dieser verseiften Form wieder als Fett zu regeneriren im Stande sein, so würde er eben wiederum als Tropfen ausfallen und so in der umgebenden Flüssigkeit suspendirt sein müssen.

Dass dieser Vorgang von besonderer Bedeutung werden würde, liess sich, nachdem einmal der Flüssigkeitscharakter der ganzen lebenden Zelle discutirbar erschien, bereits aus der Erwägung ableiten, dass nach den Feststellungen der physiologischen Chemie die Zelle zu allen Zeiten eine grosse Anzahl von Körpern enthält, die gegenüber chemischen und thermischen Einwirkungen sehr verschiedene Löslichkeitsconstanten besitzen. Ich erinnere nur an den Umstand, dass unsere Unterscheidungsreactionen der verschiedenen Eiweisskörpergruppen fast durchweg auf solchen Differenzen begründet sind.

Sowie in einem solchen Gemenge die Capillaritäts- (Oberflächenspannungs-) Constanten zweier oder mehrerer dieser flüssigen Körper

*) Vortrag, gehalten am 28. Februar 1899 in der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie in München.

[1]) Ich bezeichne als Nucleolen die bereits in der lebenden Zelle tropfig im Kern ausgefällten Massen, welche nach Fixation die bekannten tinctoriellen Besonderheiten der Nucleolen aufweisen.

[2]) Auf die besonderen formgebenden Einflüsse innerhalb der «Grundflüssigkeiten» sollte nicht weiter eingegangen werden.

derart sich ändern, dass sie nicht mehr miteinander mischbar sind, muss eine oder eventuell eine grosse Anzahl dieser Flüssigkeiten in der Grundflüssigkeit ausfallen und dabei — eventuell nach vorübergehenden Strömungs- oder Ausbreitungserscheinungen — schliesslich in diejenige Form gerathen, welche der Einwirkung der Schwerkraft entzogene Flüssigkeiten charakterisirt, nämlich die Tropfenform.[2]) Dies das Phänomen der Tropfenentmischung, welches z. B. bei allen Secretionsvorgängen mit Bildung tropfenförmigen Secrets (Schleimzellen, Talgdrüsenzellen, wahrscheinlich auch Nierenzellen etc.) das physikalische Grundphänomen darstellt.

M. H.: Ich gehe hier nicht auf die zahlreichen Konsequenzen und Fragen ein, welche die Auffassung der Zelle als Flüssigkeit, ihrer geformten Bestandtheile als tropfbar flüssiger Structuren für die Beurtheilung der physiologischen Zustände der einzelnen Körperzellen ohne Weiteres an die Hand gibt. Sie gehen im Grunde sämmtlich auf die Forderung hinaus, die beobachteten physiologischen Formveränderungen der Zellen nunmehr auch physikalisch als Mischungs- und Entmischungsvorgänge in Flüssigkeiten zu untersuchen und zu deuten.

Es ist heute meine Absicht, einige Folgerungen aus dieser Auffassung, welche sich für die Beurtheilung pathologischer Zustände in der Zelle ergeben, ihrem Urtheile zu unterbreiten. Diese Zustände sind gerade für Untersuchungen der gedachten Art besser zugänglich als die innerhalb engerer Breiten schwankenden, für unsere relativ groben Beobachtungsmittel weniger leicht verfolgbaren physiologischen Formwandlungen.

Eine ganze Reihe von physikalischen Fragen ergibt sich sofort für die Untersuchung des Zelltodes. Man hört und liest nicht selten die Annahme, dass ähnlich wie der labile Zustand der lebenden Zelle in ein stabileres Gleichgewicht mit dem Tode übergehe, und ähnlich wie der Muskel in der Todtenstarre fester wird, so auch die lebende Substanz anderer Zellen beim Absterben fest werde. Für manche Zellen ist eine wirkliche Gerinnung, sei es in Folge von Säurebildung oder durch Entwicklung von Fermenten, eine theoretisch wohl discutirbare Annahme. Der physiologische Tod freilebender einzelliger Wesen scheint in der That nach Kühne, Klemm, Verworn unter Gerinnung zu erfolgen.

Für das Absterben der Organzellen beim gewöhnlichen, physiologischen Tod des thierischen Gesammtkörpers scheint nun, wenigstens für eine grosse Anzahl derselben, diese Möglichkeit nicht der Wirklichkeit zu entsprechen: sie behalten ihre Flüssigkeitscharaktere jedenfalls ziemlich lange Zeit nach dem Tode des Thieres ohne besondere Veränderung bei; und selbst wenn man, wie Dr. Schmaus und ich das kürzlich in einer Versuchsreihe an den Nierenzellen der Maus thaten, ihnen langsam bei Zimmertemperatur das Wasser entzieht und sie langsam einschrumpfen lässt, nehmen sie beim Wiederquellen sofort wieder die Form eines Tropfengemenges an — allerdings nicht die ursprüngliche, sondern natürlich die für die Wassereinwirkung charakteristische Structur tropfiger Entmischung (s. unten).

Auf der anderen Seite ist es klar, dass bei directer Abtödtung der Zellen in einer grossen Zahl von Fällen mehr oder weniger grobe Aenderungen sowohl der Form der flüssigen Bestandtheile als eventuell auch in deren Aggregatszustand eintreten müssen.

Concentrirte Säuren und viele Metallsalze z. B. fällen die Bestandtheile der Zelle unter mehr oder weniger treuer «Fixirung», wie der technische Ausdruck heisst, aber in einer für die verschiedenen Gruppen von Säuren und Salzen und ihre Mischungen ziemlich verschiedenen Weise und verschiedenen Vollständigkeit aus; Alkalien bilden mit einem grossen Theil der in der Zelle enthaltenen Eiweisskörper sehr quellbare Verbindungen und führen so theils zu einer Aufquellung im Ganzen, theils zu demjenigen Phänomen, das die Mehrzahl der Autoren als «Vacuolenbildung» zu bezeichnen pflegt.

Ueber diese für die Art der einwirkenden Abtötemittel typischen Absterbeveränderungen von Zellen liegen namentlich auf botanischer Seite sehr schöne Untersuchungen von Klemm vor. Für das Seeigelei habe ich seinerzeit dieselben gleichfalls genauer beschrieben.

Es ist aber weiterhin auch klar, dass neben der Abtödtung der Zelle im Ganzen, entsprechend ihrer gemischten Zusammensetzung, es auch vorkommen muss, dass durch verschiedenartige Einwirkungen nur einzelne der in ihr gelösten Körper tropfig oder als feste Körnchen etc. ausgefällt werden; oder umgekehrt, dass nur einzelne tropfig gefällte Bestandtheile in homogene Lösung gehen. Wir wissen, dass z. B. dass Myosin, gleichviel ob in oder ausser dem lebenden Körper, bei einer bestimmten Temperatur unweigerlich gerinnt; und da die verschiedenen Gruppen der Eiweisskörper sehr verschiedene Lösungsfähigkeit sowohl bei verschiedener Temperatur als gegenüber verschiedenen chemischen Reagentien besitzen, so ist es von vorneherein wahrscheinlich, dass unter Umständen nur einzelne dieser Bestandtheile der Zelle gefällt werden, während die übrigen in Lösung oder als Tropfen erhalten bleiben. Ich verfüge bereits über eine Anzahl von Beobachtungen an Kalt- und Warmblüterzellen, welche bei plötzlicher Temperaturerhöhung und bei Einwirkung sehr verdünnter Säuren eine Ausfällung von kleinsten Körnchen in mässiger Menge, jedenfalls nicht der ganzen Zellmasse, constatiren liessen. Ob allerdings diese Ausfällungen, die man dann quasi als fractionirte Fällungen lebender Substanz bezeichnen könnte, bestimmten Eiweisskörpern entsprechen oder vielleicht complexeren Verbindungen von solchen, lässt sich vorläufig nicht sagen, ebensowenig, ob und wie weit vielleicht derartige Veränderungen wieder rückgängig zu machen sind und sozusagen also innerhalb der Zelle localisirte Erkrankungen oder partielle Nekrosen darstellen würden.

M. H.: Die Frage nach der Möglichkeit partieller Gerinnungen der Zelle, welche wir hier theoretisch und allgemein aufstellten, wird sofort zu einer actuellen und speciellen, wenn wir einen in der Pathologie vielgenannten Process in's Auge fassen. Ich meine die sogenannte albuminöse Degeneration, die trübe Schwellung, in welcher die Zelle wie mit einem feinen Staub von Körnchen, die sich als Eiweisskörnchen erweisen lassen, durchsetzt scheint. Virchow, der den Begriff in die Pathologie einführte, fasste diese Veränderung der Zelle als eine Art nutritiver Reizung, als Mehraufnahme von Ernährungsmaterial in die Zelle in Folge des Reizes auf, wogegen andere Autoren, besonders Cohnheim und Rindfleisch, mehr zu der Ansicht neigten, dass es sich um die Ausscheidung von vorher im Protoplasma gelösten Eiweisskörpern, um einen «passiven Vorgang», wie Rindfleisch ihn nannte, um den Beginn einer Zelldegeneration, handle. Durch die gemeinhin gebräuchlichen Methoden kann diese Frage um so weniger gelöst werden, als dieselben bekanntlich gerade für die trübe Schwellung keine charakteristischen Bilder ergeben. Die vorläufige Fragestellung ist aber, wie Sie aus der Gegenüberstellung der Ansichten ersehen, eine rein physikalische: handelt es sich um die Bildung fester, den Charakter geronnener Substanzen tragender Ausscheidungen in der Zelle — oder vielleicht um eine sehr feintropfige Entmischung, tropfige Ausfällung von flüssig bleibenden Körpern, etwa unter Bildung besonders stark refringenter und desshalb als Körnchen imponirender Tröpfchen?

Leider sind die Fälle sicherer trüber Schwellung, die man bei Sectionen antrifft, nicht allzu häufig und deren künstliche Erzeugung ziemlich unsicher, sodass die Frage zunächst als solche stehen bleiben muss. Sie wird aber nunmehr an wenigen Präparaten in der gleichen Weise entschieden werden können, in welcher dies für die gleich zu besprechende analoge Frage der Coagulationsnekrose bereits gelang.

Gestatten Sie mir, ehe ich auf diese eingehe, noch einige Bemerkungen zu einem dritten Punkt.

Wir kennen sowohl physiologisch als pathologisch viele Zustände von Zellen, in welchen dieselben Fett in Tropfenform enthalten. In der eigentlichen Fettzelle — aber ebenso z. B. in der Leberzelle bei den höchsten Graden physiologischer Fettinfiltration füllen ein oder einige sehr grosse Fetttropfen die Zelle bis auf einige Reste protoplasmatischer Substanz aus. Das Zellgerüst ist fast verschwunden, der Kern platt an die Wand gedrückt, oder auch — wieder entsprechend seinem flüssigen Zustande und ähnlich wie in Talg-, Becher- und vielen anderen Zellen zu bestimmten

Thätigkeitsphasen derselben — von den Tropfen eingebuchtet oder zwischen ihnen zackig ausgezogen. Es folge eine Hungerperiode, der Fetttropfen schwinde — die Structur der, vielleicht verkleinerten, fettfreien Zelle bildet sich wieder aus. Es braucht nicht gesagt zu werden, dass man das Vergehen, wie das Wiederauftreten des «Gerüstes» im Falle der Fettinfiltration wie in anderen Processen sogenannter Vacuolisation von Zellen nur mit grossen Schwierigkeiten unter der Annahme einer festen Grundstructur etwa netzförmiger Art in der Zelle sich vorstellen kann. Dagegen enthält dieser Vorgang nach seiner physikalischen Seite keine theoretische Schwierigkeit, sobald man das Medium als flüssig annimmt, und nun für die jeweilige Form, in welcher die Fettsäuren in der Zelle enthalten sind, die verschiedene Mischbarkeit, Löslichkeit ihrer Verbindungen — bald unmischbar als Triglycerid, bald mischbar als Eiweiss- oder Alkaliseife, bald wieder vielleicht als Lecithin — verantwortlich macht. Das gilt in gleicher Weise für physiologische wie pathologische Zustände: die auslösenden Ursachen, die chemischen Vorgänge, die vitale Bedeutung der Processe sind verschieden, physikalisch liegt stets der Vorgang der Mischung und Entmischung von Flüssigkeiten entsprechend ihren Capillaritätsconstanten gegen einander vor. So lange die Verbindungen der Fettsäure mit der Zellgrundflüssigkeit homogen mischbar sind, bleiben sie in derselben gelöst; sobald das für eine Verbindung derselben nicht mehr zutrifft, fallen sie in Tropfenform aus. Für die physiologisch wie pathologisch so wichtigen Wannderungen des Fettes aus den Zellen und in dieselben muss natürlich, wenn es sich nicht um directe phagocytäre Umfliessung handelt, ebenfalls ein derartiges lösliches Zwischenstadium, z. B. für das Passiren von Membranen, gefordert werden. [3])

Dass unter solcher Auffassung die leichte und schnelle Wanderung des Fettes im Körper, seine gelegentliche Ablagerung auch in drüsigen und anderen Organen, in denen es gewöhnlich fehlt, im Princip physikalisch leicht verständlich sind, braucht nicht weiter ausgeführt zu werden; ebensowenig, dass dann principiell für Körperflüssigkeiten und Körperzellen der gleiche physikalische Vorgang vorliegt, ob nun z. B. das im Chylus in die Blutbahn eingeführte tropfenförmige Fett in dieser rasch verschwindet, oder ob die das Fett aus dem Darm oder aus verfettenden Herden wegschleppenden weissen Blutkörper dieses in ihrem Zellleibe verändern, wieder ausfallen lassen etc.

M. H.: Ich erwähnte bereits, dass in einer zellpathologischen Frage — einer schon ziemlich lange schwebenden und lebhaft umstrittenen Frage — eine Entscheidung von dem gegebenen Standpunkt aus hat gebracht werden können. Die ausführliche Mittheilung der Untersuchungen, welche Herr Dr. Schmaus und ich über dieselbe anstellten, ist soeben (Deutsche med. Wochenschrift) erschienen; ich beschränke mich hier nur auf die principiell wichtigeren Punkte.

Bekanntlich hat Weigert für gewisse Arten der Nekrose, welche schon makroskopisch dem abgestorbenen Gewebe den Eindruck des Geronnenen verleihen — die betreffenden Gewebspartien erscheinen vergrössert, derber, unelastischer, trocken, weiss oder weissgelb — den Namen Coagulationsnekrose vorgeschlagen und den zu Grunde liegenden Vorgang als einen echten Gerinnungsprocess bezeichnet. Maassgebend war dafür neben dem makroskopischen Verhalten dieser Gewebe die Erwägung, dass unter den Verhältnissen, in denen solche käsige Umwandlung eintritt, z. B. bei Verkäsung tuberculöser Herde oder bei Verstopfung von Endarterien in Milz oder Niere, immer noch eine mehr oder weniger starke Durchströmung des Gewebes mit Lymphe möglich ist, welche vielleicht durch Zufuhr von Gerinnungsferment die gerinnungsfähigen Elemente der Zelle zur Coagulation bringen könnte. Als ein Nebeneffect — und somit als ein Beweis solcher Durchströmung — wurde von Weigert beobachtet und von verschiedenen Anderen weiter untersucht der von Weigert sog. Kernschwund, richtiger Chromatinschwund der Kerne, der indess nicht bloss bei der Coagulationsnekrose sich findet.

[3]) Eine genauere Erörterung dieses Punktes, namentlich im Hinblick auf die Fettresorption im Darme und aus den Fettreservoiren des Körpers, wird an anderem Orte gegeben.

Im Gegensatz zu Weigert fassen Virchow und mit ihm Israel die bei Verkäsung und anaemischer Nekrose auftretenden Erscheinungen als Zeichen eines Flüssigkeitsverlustes, einer Eindickung des Gewebes auf. Israel konstatirte bei der anaemischen Nekrose der Nierenepithelien einen Schwund der Altmann'schen Granula, den er als Körperschwund dem Kernschwund zur Seite stellte, und entsprechend Verkleinerung der Zelle; die Derbheit und Vergrösserung des nekrotischen Gewebes führt er theils auf Anfüllung mit gerinnendem Exsudat, mit Fibrin u. s. w., theils auf Verlust der natürlichen Elasticität zurück. Indess betont Israel an verschiedenen Stellen selbst, dass mit den bisherigen Methoden eine Entscheidung der Frage eben nicht möglich sei; und auch Weigert legt dem mikroskopischen Verhalten kein Beweisgewicht für die Frage nach ihrer Gerinnung bei. Nun dreht sich aber gerade die ganze Streitfrage darum, ob die Zellen selbst es sind, welche durch ihre Gerinnung das betreffende Gewebe in charakteristischer Weise verändern, oder ob nur durch ihre Eindickung, unter Hinzutreten von Gerinnungsvorgängen zwischen ihnen, diese Wandlungen bedingt werden. Das Fibrin kann zwar in derartigen Fällen fehlen, wie Weigert hervorgehoben hat; meist aber ist es in sehr reichlicher Menge vorhanden und könnte z. B. bei der von Israel, später von Schmaus und mir genauer studirten anaemischen Nekrose der Niere, oder in den tuberculösen Herden, die wir bei Kaninchen erzeugten, im Zusammenhalt mit anderen, von uns Fibrinoid genannten, sehr wahrscheinlich geronnenen Ausscheidungen, immerhin ausreichen, um die mikroskopischen Veränderungen zu erklären.

Die Frage ist nun in der That an fixirtem Material nicht lösbar: da ja dasselbe im Ganzen geronnen ist und man es den einzelnen Bestandtheilen, wenn sie nicht etwa wie Fibrin typische Formen und Farbenreactionen haben, nicht ansehen kann, ob sie etwa vorher schon geronnen waren oder nicht. Man wird überhaupt eine Untersuchung auf diesen Punkt hin für ziemlich aussichtslos halten müssen, wenn man im Vorhinein in der lebenden Zelle ein festes Gerüst und flüssige Zwischensubstanz annehmen will, von denen die erstere im frischen wie im fixirten Präparat vermuthlich schwierig oder gar nicht von etwaigen an ihr oder zwischen ihr in feinster Vertheilung niedergeschlagenen Massen unterscheidbar sein dürfte.

Dahingegen lässt sich bei der Annahme einer flüssigen Ausgangsstructur der betroffenen Zellen und unter directer Untersuchung ihres morphologischen Verhaltens gegenüber chemischen und physikalischen Einwirkungen sehr wohl ein Entscheid über die physikalische Natur der betreffenden Veränderung erhoffen. Die Frage ist alsdann einfach die: zeigen die Zellen nach der morphologischen Seite die für ihren flüssigen Zustand charakteristische Misch- und (tropfige) Entmischbarkeit gegenüber Reagentien etc., die nicht eiweissfällend wirken, oder sind sie in «feste» Formen übergegangen; zeigen sie mikrochemisch diejenigen Eigenschaften, welche die physiologischen Chemiker als charakteristisch für geronnene eiweissartige Körper festgestellt haben (Unlösbarkeit in verdünnten Neutralsalz-, Alkali-, Säurelösungen)? Dieser Nachweis ist nun in der That für die Epithelien der Kaninchenniere bei dem durch Unterbindung der Nierenarterie erzeugten anaemischen Infarct der Niere ohne besondere Schwierigkeiten zu führen.

Die Epithelien der gewundenen Harnkanälchen, auf deren Veränderungen ich mich im Folgenden beschränke, zeigen, frisch und ohne Zusatz mit den stärkst-möglichen Vergrösserungen untersucht, die bekannte basale Stäbchenstructur, dem entsprechend in der Flächenansicht der Canälchen dicht neben einander stehende, wie Körnchen erscheinende Stäbchenquerschnitte. In dem gegen das Lumen zu gelegenen Abschnitte der Zellen findet sich zunächst an der Stäbchengrenze der Kern, weiterhin eine verschieden grosse Anzahl glänzender Körnchen, welche oft in ziemlich regelmässigen Abständen in Ruhelage verharren und so vermuthen lassen, dass auch zwischen ihnen eine Anzahl äusserst feinwandiger Tropfen liege. Manchmal lassen sich auch solche Tropfen mit Sicherheit erkennen. Auf weitere Structurbesonderheiten gehe ich hier nicht ein.

Bei Zusatz von Wasser (oder physiologischer Kochsalzlösung) [4]) nun zeigt sich in kürzester Frist der ganze Stäbchensaum, ebenso aber auch die centralen Abschnitte der Zelle umgewandelt in eine äusserst grosse Anzahl von feinen Tropfen: die Zellleibsmasse ist gleichmässig tropfig entmischt. Die Kerne bleiben zunächst unverändert. Weiterhin tritt, indem die zunächst nur wenig verdünnte Zellgrundflüssigkeit mehr und mehr Wasser aufnimmt, bezw. im Wasser etc. sich löst, eine zunehmende Vergrösserung und Abblassung der Tropfen auf, bis dieselben sich nicht mehr unterscheiden lassen, sei es nun, dass sie ausserordentlich stark quellen oder wirklich in Lösung gehen. Für die normalen Verhältnisse des Zellleibs der Kaninchenniere ist damit deren Flüssigkeitsnatur erwiesen. Ich bemerke, dass die Nierenzellen von Fischen, Fröschen, Hunden, Mäusen und Meerschweinchen sich im Wesentlichen ebenso verhalten.

Lässt man nun unterbundene Nieren bei Kaninchen längere Zeit im Körper, so bilden sich allmählich in ihren Epithelien Veränderungen aus, welche zunächst zu einer eigenthümlichen Trübung, körnig-netzigem Aussehen der Zellleiber führen. (Auf die von uns früher beschriebenen Veränderungen der Kerne gehe ich nicht ein.) Diese Körnung der Zellleiber ändert sich nach etwa 30stündiger Unterbindung nicht mehr in Wasser oder Kochsalzlösung, in Essigsäure tritt nur Quellung, aber kein Verschwinden derselben auf; dagegen schwinden sie um diese Zeit noch sehr rasch in Kalilauge. Nach 48 Stunden aber werden die körnigen Massen auch von Kalilauge nur mehr gequollen, ohne zu verschwinden. Die Contouren solcher Zellen bleiben in Wasser, ganz entgegen ihrem sonstigen Verhalten, völlig unverändert; etwa angerissene Zellen oder zerzupfte Fetzen schwimmen, ohne ihre Contouren und zufällige Gestalt zu verändern, in der Flüssigkeit: kurz das directe mikroskopische Bild ebenso wie die angegebenen mikrochemischen Reactionen lassen als sicher erscheinen, dass mindestens ein grosser Theil der Inhaltskörper der Zelle den geronnenen Körpern im Sinne der physiologischen Chemie zugezählt werden muss.

Da die Körnchen des Zellleibes theilweise ziemlich stark glänzen, vermutheten wir zunächst, dass es sich vielleicht um Fett handeln könnte, welches ja analoge Unlöslichkeit in Essigsäure und Kalilauge darbietet. Indessen gaben einerseits die gewöhnlichen Fettreactionen keinerlei positive Anhaltspunkte in dieser Hinsicht, andrerseits bleiben die Körnchen bei Zusatz der betreffenden Reagentien, wie gesagt, völlig ruhig innerhalb des Zellleibs an Ort und Stelle, während z. B. bei der tropfigen Entmischung etwa der fetthaltigen Leberzellen die Fetttröpfchen nach allen Richtungen verschwimmen. Selbst wenn in den glänzenden Körnchen also Fett enthalten wäre, müsste doch eben die umhüllende Zellmasse alsdann als geronnene, durch die Reagentien nicht veränderte Hülle betrachtet werden.

M. H.: Um für die Coagulationsnekrose im Sinne Weigert's entscheidend zu sein, bedurften unsere Versuche einer Gegenprobe: es musste untersucht werden, ob nicht durch eine einfache Inspissation, das Wort im strengen Sinn einer durch Flüssigkeitsentziehung gesetzten Eindickung der Zelle genommen, ähnliche Gerinnungsvorgänge ausgelöst werden könnten. Ich habe bereits erwähnt, dass derartige Versuche keinerlei Gerinnung ergaben: die Zellen zeigten, selbst wenn das Gewebe hornartig eingetrocknet war, beim Wiederaufweichen charakteristische Entmischungstropfen.

Damit scheint also, und auf ziemlich einfache Weise, der Nachweis geliefert, dass die bei anaemischer Nekrose — und so vermuthlich auch die bei der Verkäsung tuberculöser und anderer Herde — im Körper auftretenden Veränderungen als echte Gerinnungen von (in) Zellen zu betrachten sind. Die Gerinnung von flüssigem Transsudat zwischen den Zellen stellt also in der That kein nothwendiges Erforderniss für die Coagulationsnekrose dar, die Zellgerinnung kann als wesentlicher Factor bei derselben betrachtet werden.

[4]) Dieselbe erweist sich also auch hier, wie in vielen anderen Fällen, nicht als «physiologische» Salzlösung.

Ueber die weitere Frage, in welcher Weise nunmehr die betheiligten Elemente — Kerne, Cytoplasma und Blut- oder Lymphplasma — zur Lieferung der Fibringeneratoren beitragen, speciell über die Herkunft und Art des etwaigen Gerinnungsferments sowie darüber, ob überhaupt und wie weit der vorliegende Gerinnungsprocess der Fibringerinnung zur Seite gestellt und als fermentativer Vorgang betrachtet werden darf — darüber lassen unsere Versuche natürlich kein Urtheil zu.

Ebensowenig kann leider aus denselben etwas darüber gefolgert werden, ob der Tod der Zellen im anaemischen Infarct unter Gerinnung erfolge. Ich erwähnte schon, dass die Veränderungen nicht in der ersten Zeit nach der Unterbindung auftreten; sie könnten also sehr wohl postmortaler Natur sein, zumal als ältere Versuche von Litten ergeben haben, dass nach 2stündiger Unterbindung der Nierenarterie die Epithelien der Niere nicht mehr restitutionsfähig sind. Aber ob sie wirklich nach 2 Stunden auch schon abgestorben sind, bezw. zu welcher Zeit der letzte «Lebensvorgang» in ihnen erlischt, dafür steht uns zur Zeit kein morphologisches Kriterium zur Verfügung. Aus der gelösten Vorfrage erhebt sich also hier die neue, andere Methoden heischende Frage: Stellt die Coagulationsnekrose Weigert's eine Zellnekrose durch (oder unter) Gerinnung dar — oder eine Nekrose mit folgender («postmortaler») und somit mehr accidenteller Coagulation?

M. H.: Ich schloss meinen vorjährigen Vortrag mit dem Hinweis darauf, dass es vielleicht nothwendiger, jedenfalls nützlicher wäre, die physikalischen Möglichkeiten und Bedingungen der lebenden Substanz erst einer genaueren und systematischeren Untersuchung zu unterziehen, ehe man darüber diskutirt oder gar urtheilt, ob die Lebenserscheinungen jemals auf physikalisch-chemische Elementarprocesse sich werden zurückführen lassen. Ich habe inzwischen in Düsseldorf [5]) darzuthun versucht, dass der vor nicht langer Zeit neu belebte Streit zwischen vitalistischer und mechanistischer Auffassung des Lebens im Grunde die Consequenz unrichtiger erkenntnisstheoretischer Voraussetzungen ist; oder, um mich vorsichtiger auszudrücken, dass wenigstens eine relativ einfache Auffassung der Verhältnisse unter solcher Annahme möglich ist. Es ist hier nicht der Ort, das nach meiner Ansicht zu Grunde liegende erkenntnisstheoretische Problem und Missverständniss zu erörtern; jedenfalls glaube ich jenen Darlegungen die eine Consequenz entnehmen zu dürfen, welche ich in anderer Fassung bereits im Anfang meines Vortrages verwandte:

Wenn die Zelle in irgend einem Zeitpunkt ihrer Existenz ein nach aussen und im Innern in einem, sei es labilen, sei es stabilen physikalischen Gleichgewicht sich befindendes System von Massentheilchen in bestimmten Aggregatzuständen ist — eine Voraussetzung, die nothwendig und beinahe selbstverständlich genannt werden darf — so muss sie ein solches System auch auf irgend einer vorhergehenden oder folgenden Stufe ihrer individuellen Existenz sein, und somit auch jeder folgende Zustand in seinem physikalischen Verhalten vollkommen die nothwendige Consequenz aus der Beschaffenheit des früheren Systems und der Art, Grösse und dem Ort der neueinwirkenden physikalischen Veränderungsursachen sein. M. a. W.: gleichviel welches unsere biologische Anschauung über die Zelle als lebendes Element, gleichviel auch welches unsere Meinung über sie etwa als Agglomerat chemischer Körper sein mag: als physikalisches System ist, von den Voraussetzungen aller Naturerkenntniss überhaupt aus, ihre vollständige physikalische Ausdeutbarkeit zu fordern.

Dass diese physikalischen Gesetze entsprechend der besonderen Zusammensetzung der lebenden Substanz in vielem von jenen der anorganishen Welt abweichen; dass schliesslich die Bildung der heutigen concreten Einzelformen organischen Seins uns in ihrer Entstehungsart und ihren Entstehungsgründen unerklärlich sind und wohl bleiben werden — diese und andere Einwände, so schwerwiegende Thatsachen sie an sich ausdrücken, vermögen an der Allgemeinanwendbarkeit der physikalischen Betrachtungsweise nichts zu ändern. Für diese letztere aber ist in allen Fällen

[5]) Ueber Leben und lebende Substanz. Vortrag.

Grund- und Vorfrage diejenige nach dem Aggregatzustand der untersuchten Massen: seine Bestimmung mittels objectiver Methoden wird daher für die Cytophysik der nächsten Zeit die wichtigste Aufgabe darstellen. Wie weit diese Aufgabe im Einzelnen durchführbar sein wird, muss die Zukunft lehren.

Gonorrhoe und Eheconsens.

Von Prof. *A. Neisser* in Breslau.

Da es eine feststehende Thatsache ist, dass die Gonococcen die Ursachen der Gonorrhoe sind, so steht auch fest, dass jedes Schleimhaut- resp. jedes Harnröhrensecret, welches Gonococcen enthält, als infectiös zu betrachten ist. Es darf also auch ein Mann, in dessen Urogenitalapparat noch Gonococcen nachzuweisen sind, mögen die klinischen Erscheinungen auch noch so gering sein, nicht heirathen. Darüber sind Alle einig.

Viel umstrittener ist die Frage, wie man sich gegenüber Männern mit Secret aus der Harnröhre, resp. mit Fäden im Urin und mit negativem Gonococcenbefund verhalten soll. Ich habe geglaubt, mich dahin entscheiden zu müssen, dass eine unter allen Cautelen angestellte, stets und regelmässig negativ bleibende Untersuchung dem Arzt die Berechtigung gebe, die Heirathserlaubniss nicht zu versagen.

Um uns vor Fehlschlüssen nach Möglichkeit zu schützen, um dem negativen Gonococcenbefund die grösstmöglichste Sicherheit zu geben, haben wir — unsere Anforderungen immer steigernd — folgende Forderungen aufgestellt:

1. Es muss im Laufe von Wochen sehr häufig das Secret aus der Pars anterior, Pars posterior urethrae und aus der Prostata untersucht werden, wenn möglich auch aus den Samenblasen.

2. Künstliche Steigerung der Harnröhrensonderung durch Eiterung erregende Injectionen und durch mechanische Reizung der Harnröhrenschleimhaut.

3. Mechanische Expression der Harnröhrenschleimhaut und ihrer Einstülpungen durch geknöpfte Sonden; Untersuchung auch der minimalsten Flöckchen und Fäden mit Centrifugiren der fädenhaltigen Urinportion, um Untersuchungsmaterial zu gewinnen.

Wenn trotz aller dieser Versuche, eventuell versteckt sitzende Gonococcen der Untersuchung zugänglich zu machen, Gonococcen sich mikroskopisch und womöglich auch auf dem Wege der Cultur nicht nachweisen lassen, so haben wir nach unserer Ueberzeugung keine Berechtigung, einem Manne das Heirathen zu verbieten. Es ist selbstverständlich, dass man in allen Fällen, auch wenn keine erheblichen Schleimhautveränderungen vorliegen, dem Patienten den Vorschlag machen wird, durch eine weitere Behandlung auch die letzten Spuren einer vorausgegangenen gonorrhoischen Erkrankung zu beseitigen, und dass man um so energischer auf eine solche Behandlung dringen wird, je ausgeprägtere entzündliche Symptome sich zeigen. Auch wird man alle anderen Bacterienansiedelungen zu beseitigen versuchen, kurz, man wird selbstverständlich mit immer verbesserter Methodik Alles thun, um jede krankhafte Veränderung zu beseitigen. Aber ich bleibe dabei, dass nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse die Heirathserlaubniss nicht zu versagen ist, wenn mit und ohne Behandlung und auch trotz aller Behandlung katarrhalische Erscheinungen zurückbleiben, vorausgesetzt nur, dass Gonococcen trotz alles Suchens nicht auffindbar sind.

Es ist nun ungemein leicht, wenn man sich auf einen rein theoretischen, gewöhnlich sagt man: «wissenschaftlichen» Standpunkt stellt, diese von mir seit 4 Jahren immer wieder vertheidigte These zu bekämpfen. Denn es wird sich in der That nie mit mathematischer Sicherheit behaupten lassen, dass im einzelnen Falle selbst ungemein häufig wiederholte und mit allen provocatorischen Cautelen angestellte Untersuchungen mit negativem Befunde auch mit absoluter Sicherheit beweisen, dass wirklich keine Gonococcen da sind. Man wird immer einwenden können; selbst wenn du tausend Mal untersucht hast, das tausend und erste Mal hättest du doch vielleicht noch irgendwie versteckte Gonococcen gefunden.

Handelt es sich denn aber in dieser Frage, speciell dann, wenn ein früher gonorrhoisch erkrankter Mann uns fragt, ob er heirathen darf, um eine theoretisch-wissenschaftliche Frage? Ganz und gar nicht! Es handelt sich um eine nicht hin und wieder, sondern ungeheuer häufig an uns herantretende praktische Frage, deren Beantwortung oft genug den gesammten Lebensgang eines Menschen und einer Familie beeinflusst. Wir als die einzig berufenen Sachverständigen und Berather müssen ein Urtheil abgeben. Wenn wir schweigen oder uns auf den — freilich sehr bequemen — Standpunkt: um ganz sicher zu gehen, jede Verantwortung abzulehnen, zurückziehen, dann werden die Patienten erst recht thun, was sie wollen, auch ohne uns zu fragen, und das Unheil wird viel grösser werden. Dem Patienten ist mit Auseinandersetzungen über Wahrscheinlichkeit und Unwahrscheinlichkeit nicht gedient, er will erfahren, wie wir über seinen speciellen Fall denken und ob wir glauben, gerade ihm abrathen zu müssen oder erlauben zu dürfen, eine Ehe einzugehen. Es ist eitle Wortklauberei, wenn man sich da an das Wort «Consens» und «Garantie für Nichtinfection» klammert. Die Art und Weise, wie man sich ausspricht, wird je nach der Persönlichkeit des Fragenden verschieden sein, aber in jedem Falle klar sein müssen, so dass der Patient aus unseren Worten entnehmen kann, wie wir uns in seinem Falle zur Verheirathung stellen würden.

Die ganze Sachlage wäre sehr einfach, wenn wir dem Patienten versprechen könnten, ihn vorher heilen zu können. Ich habe eben auseinandergesetzt, dass man je nach der Art des noch vorhandenen Leidens mit mehr oder weniger Energie auf eine Behandlung drängen wird, aber ich weiss positiv, dass eine solche Behandlung unzählige Male, und wenn sie auch noch so sorgfältig mit allen Hilfsmitteln vorgenommen wird, erfolglos bleibt. Und wissen wir denn andererseits nicht Alle, dass unzählige Male Männer mit solcher chronischer Urethritis geheirathet haben, ohne dass im Laufe der Jahre ihre Frauen inficirt worden sind? Steht also die Thatsache nicht fest, dass unzählige Fälle von chronischer Urethritis wirklich nicht infectiös, wirklich gonococcenfrei sind?

Kommt nun dazu noch eine vieljährige, durch eine sorgsame Prüfung des Materials gefestigte Erfahrung, dass sorgsam festgestellte negative Gonococcenbefunde zu Recht als Nichtvorhandensein von Gonococcen gedeutet worden sind, so erscheint es selbstverständlich, dass man die Behauptung aufstellt: man ist wohl im Stande, durch sorgfältige Untersuchung der Harnröhrenabsonderung die Frage, ob ein früher gonorrhoekranker Mann heirathen darf, zu beantworten. Ich halte, da diese Frage eine eminent praktische, d. h. unzählige Male an den Arzt herantretende ist, diese Errungenschaft für einen grossen Fortschritt in der Gonorrhoelehre. Ich halte es für meine Pflicht, alle Angriffe auf diesen, durch unendlich viel Arbeit erreichten Standpunkt mit allen mir zu Gebote stehenden Mitteln so lange zu bekämpfen, bis uns Aerzten ein besserer Ausweg geboten wird, diese Frage zu beantworten.

Gewiss ist es nothwendig und nützlich, auch immer wieder darauf hinzuweisen, **wie schwer die ganze Untersuchung ist**, dass sie ganz aussergewöhnlich grosse Anforderungen an die Geduld und Sorgsamkeit des Arztes stellt, dass man auf das Allergenaueste mit allen Eigenschaften der Gonococcen und mit allen technischen Untersuchungsmethoden der Harnröhre vertraut sein muss. Aber für falsch und für geradezu verderblich halte ich es, diese einzige uns zur Entscheidung zur Verfügung stehende Methode nur deshalb in den Augen des Arztes und gar der Laien discreditiren zu wollen, nur weil sie keine mit 100 Proc. Sicherheit arbeitende Untersuchungsmethode darstellt und weil sie, schlecht angewendet, natürlich auch schlechte Resultate zu Tage fördert. Solche Angriffe erreichen nicht nur nicht das gewünschte Resultat, gegen negative Gonococcenbefunde skeptisch zu sein, sie führen dazu, dass überhaupt das mikroskopische Gonococcensuchen unterbleibt,

und das wäre doch sicherlich eine sehr schädliche Rückwärtsbewegung. Nehmen wir auch an, dass man mit ein oder einigen Procent Fehlern arbeitete, wäre selbst ein derartiger Zustand nicht unendlich viel besser, als die früheren Zeiten, wo man überhaupt gar keine Hilfsmittel besass, die Infectiosität festzustellen? Oder sollen wir, einiger falscher Diagnosen halber, allen übrigen chronisch-gonorrhoischen Männern schlankweg das Heirathen verbieten, wo wir doch wissen, dass unzählige chronische Urethritiden, auch wenn sie das ganze Leben lang bestehen bleiben, nicht infectiös sind? Aber ich bestreite, dass diese Fehldiagnosen unvermeidlich, gleichsam natürlich begründet sind. Man kann sie wohl vermeiden und ich bin so unbescheiden, zu glauben, dass meine Diagnosen wirklich richtig waren und sind!

Im Laufe des vorigen Jahres erschien ein kleines Buch von E. Kromayer: «Zur Austilgung der Syphilis», in welchem er sich auch mit dieser Frage beschäftigt. Mit äusserst scharfen Worten erklärt er meine ganze Anschauungsweise über die Verwerthbarkeit der negativen Gonococcenbefunde für die Beurtheilung der Infectiosität für «grundfalsch» und er hielt sich sogar für verpflichtet, das Laienpublicum — denn auch für dieses ist sein Buch geschrieben — auf die Unzuverlässigkeit unserer Untersuchungen aufmerksam zu machen.

«Ich selbst habe mich» so sind Kromayer's Worte, «eines verhängnissvollen Irrthums im Anfang meiner ärztlichen Thätigkeit, als ich noch von der Richtigkeit der Neisser'schen Anschauungen überzeugt war, anzuklagen. . . . Seitdem habe ich in wiederholten Fällen denselben Fehler bei anderen Aerzten, insbesondere auch bei Schülern Neisser's zu beobachten leider Gelegenheit gehabt. Ja, der Glaube, dass der Arzt durch den negativen mikroskopischen Nachweis der Gonococcen die Infection ausschliessen kann, ist sogar weit in's Publicum gedrungen, wie das besonders in den letzten Jahren die Patienten beweisen, die behufs Eheschliessung eine mikroskopische Untersuchung bei mir eingefordert haben.»

«Es muss daher mit aller Entschiedenheit gegenüber dieser engen Doctorin betont werden, dass der negative Nachweis der Gonococcen auch nur einen rein negativen Werth hat, und dass eine Nichtinfectiosität der Gonorrhoe nur dann sicher constatirt werden kann, wenn nicht nur keine Gonococcen gefunden werden können, sondern wenn auch mikroskopisch und klinisch alle Symptome einer krankhaften Secretion der Harnröhrenschleimhaut verschwunden sind.»

Es wird wohl Niemand wundern, wenn ich einem so scharfen Angriff gegenüber Kromayer [1]) gelegentlich eines Briefwechsels erklärte, dass ich seine Stellungnahme mit allen mir zu Gebote stehenden Mitteln auf's schärfste bekämpfen würde. Ich fügte hinzu: «Gewiss glaube ich Ihnen, dass Sie sich von allem Persönlichen frei halten wollen, aber ob Sie diese Grenze nicht bereits überschritten haben, wenn Sie sich in einem für Laien geschriebenen Buche so absprechend etc. . . . aussprechen, möchte ich als zu nahe Betheiligter nicht entscheiden. Viele verurtheilen dieses Ihr Vorgehen auf das allerschärfste.»

Auf dem Strassburger Congress brachte Jadassohn diese Bemerkung Kromayer's zur Sprache und betonte, dass Kromayer den schweren Vorwurf, den Eheconsens zu Unrecht ertheilt zu haben, nicht gegen eine bestimmte Gruppe von Aerzten («insbesondere auch die Schüler Neisser's») hätte richten dürfen — besonders nicht in einem für Laien geschriebenen Buch — ohne vorher durch Nachfrage Alles zur Aufklärung der fraglichen Fälle gethan zu haben.

Kromayer sagte darauf, dass seine Worte bedeuten sollten: «insbesondere selbst auch bei Schülern Neisser's», bei denen also trotz ihrer Ausbildung Irrthümer und Fehldiagnosen vorgekommen seien.

Jadassohn fragte aber weiter: «Wem von den Schülern Neisser's sind solche Unglücksfälle passirt?» Und darauf antwortete Kromayer in einem Zwischenrufe: «Ihnen selbst.»

Soweit die Angelegenheit Jadassohn angeht, hat er sie in einer nachträglichen Anmerkung zu den Verhandlungen des Strassburger Congresses (pag. 334 und 335) erledigt. Ich würde hier nicht mehr auf dieselbe eingegangen sein, wenn nicht der gleiche Fall in der späterhin zu besprechenden Arbeit Kromayer's (Anm. 4) erwähnt würde als ein Beweis für die vorzeitige Entlassung eines Patienten auf Grund negativer Gonococcenbefunde.

Nachdem Kromayer in persönlicher Unterhaltung in Strassburg erklärt hatte, dass es sich in dem Falle Jadassohn's nicht um einen Ehecandidaten, sondern um einen angeblich zu früh als geheilt entlassenen Studenten gehandelt habe, glaubte ich im Interesse der Sache verpflichtet zu sein, eine möglichst sorgfältige Prüfung des Kromayer als Grundlage zu seiner Verurtheilung unseres Vorgehens vorliegenden Materials — es musste sich ja nach dem oben citirten Passus um eine Anzahl von Fällen bei «Neisser's Schülern» handeln — anzubahnen und schrieb daher an Kromayer folgenden Brief:

12. Juni 1898.

Sehr geehrter Herr College!

Es war eigentlich meine Absicht gewesen, in dem Schlusswort zur Gonorrhoedebatte die für die Beurtheilung Ihres Angriffes gegen mich resp. die «Schüler Neisser's» sehr wichtige Thatsache zu erwähnen, dass der eine Fall, den Sie in der Discussion gegen Jadassohn erwähnten, einen Studenten betraf, der Ihnen berichtete, er wäre von Jadassohn geheilt entlassen worden, dass es sich dabei also gar nicht um einen Eheconsens handelte und dass Sie uns weitere Fälle noch nicht mitgetheilt haben. Ich habe das in der Eile, mit der die Schlussbemerkung erledigt werden musste, vergessen. Da Sie aber in Ihrem Angriff gegen unsere Anschauung bemerken, dass Sie «diesen Fehler», d. h. die unberechtigte Ertheilung des Eheconsenses, «insbesondere auch bei Schülern Neisser's», gefunden haben, so ist es meine Pflicht, diese auch für das nichtärztliche Publicum bestimmte Discreditirung der von uns vertretenen Sache und der in Frage kommenden Personen weiter zu verfolgen und ich habe als der natürliche Vertreter meiner Schüler, wie ich glaube, wohl das Recht, Sie um die Mittheilung der Ihrem Angriff gegen «die Schüler Neisser's» zu Grunde liegenden Thatsachen zu bitten, um diese prüfen zu können.

Es handelt sich also um solche Fälle, in welchen Sie den Nachweis erbringen konnten, dass frühere Breslauer Assistenten zu Unrecht den Eheconsens ertheilt haben. Zugleich bitte ich Sie, auch den Fall Jadassohn's mir mitzutheilen, damit, wenn möglich, noch festgestellt werden kann, ob die Angaben, welche der Student Ihnen gemacht hat, mit den Notizen Jadassohn's übereinstimmen.

Sie haben in Strassburg selbst anerkannt, dass Ihre Ausdrucksweise «insbesondere auch bei Schülern Neisser's» zu Missdeutung Anlass geben konnte; Sie haben sich wohl dann überzeugt, dass sie gerade das Gegentheil von dem besagt, was Sie nach Ihrer Strassburger Erklärung sagen wollten, nämlich «selbst, sogar bei Schülern Neisser's». Dieses Ihr Zugeständniss würde — abgesehen von der sachlichen Prüfung der Fälle — für uns persönlich genügen, es genügt aber nicht für die von uns vertretene Sache.

Die von Ihnen in das Publicum geschleuderte Kritik muss auch wieder öffentlich ihre Correctur erfahren, denn ich würde es für ein Unglück halten, wenn der Fortschritt, der dadurch erzielt worden ist, dass das Publicum das Vertrauen zur rein makroskopischen Untersuchung verloren hat, wieder verloren ginge. Ich weiss sehr wohl, dass auch die mikroskopische Untersuchung in den Händen leichtfertiger, oberflächlich untersuchender Aerzte keine Sicherheit gewährt. Das kann mich aber nicht abhalten, für die Brauchbarkeit und Zuverlässigkeit der sorgfältig ausgeführten Methode ein-, also auch Ihrer Kritik scharf entgegenzutreten.

Ich resümire also dahin:

Ich ersuche Sie um Mittheilung, welche Fälle von zu Unrecht ertheilten Eheconsensen, die von mir oder von früheren Breslauer Assistenten herrühren, Ihnen bekannt geworden sind, und zweitens um genaue Angaben über den Jadassohn'schen Fall, um auch diesen, wenn möglich, noch in allen Einzelheiten aufklären zu können.

Ihr sehr ergebener A. N.

[1]) Kromayer hat diese meine Briefe, ohne mir vorher davon eine Mittheilung zu machen, in einer späteren Publication in der Münch. med. Wochenschr. 1898, No. 24, abgedruckt. So sehr ich formell ein derartiges Vorgehen missbilligen muss, so habe ich sachlich auch nachträglich nichts dagegen einzuwenden. Doch hätte ich wohl erwarten dürfen, dass Kromayer einen geradezu lächerlich klingenden Ausdruck, der selbstverständlich ein Schreibfehler war, auch ohne Rückfrage an mich verbessern würde. In einem meiner, an einen Stenographen dictirten, und von diesem mit der Schreibmaschine abgeschriebenen Briefe steht statt: Gonococcen «provoziren» das Wort: «produciren». Kromayer druckt dieses «produciren» in seiner ganzen Arbeit mit einer gewissen liebevollen Betonung ab, und die Thatsache, dass er dieses Wort «produciren» jedesmal in Anführungsstrichen bringt, beweist wohl, dass es ihm selbst höchst merkwürdig vorgekommen ist. Hätte er, der doch in steter persönlicher und brieflicher Beziehung zu mir stand, nicht anfragen können, wie es sich mit diesem Worte «produciren» verhalte?

Kromayer antwortete darauf in folgendem Brief, den ich, wie ich Kromayer mitgetheilt habe, hier veröffentliche, um in möglichst objectiver Weise unsere Differenzen klarzulegen:

Halle a. S., den 13. Juni 1898.

Sehr geehrter Herr Geheimrath!

Ihrem Ersuchen, Ihnen die Grundlagen meines «Angriffes» gegen die «Schüler Neisser's» zu übermitteln, will ich thunlichst entsprechen. Zuvor muss ich jedoch 2 Punkte Ihres Briefes richtig stellen oder vielmehr meine abweichende Ansicht aussprechen.

1. Was die Deutung der incriminirten Stelle «insbesondere auch bei Schülern N.» betrifft, so habe ich in Strassburg zugegeben, dass dieselbe zu Missdeutungen Anlass geben könnte, d. h. anders aufgefasst werden könnte, als sie gemeint ist; ich habe mich aber bisher nicht überzeugen können, wie Sie anzunehmen scheinen, dass ich das Gegentheil davon gesagt habe, was ich hätte sagen wollen. Legen Sie etwas mehr Nachdruck auf das Wort «auch», so gewinnt das insbesondere sofort die Bedeutung, die es haben soll und der Sinn ist klar. Fehlte das Wort «auch», so wäre es etwas anderes. Doch das sind sprachliche Gefühlsfeinheiten, über die man differiren kann. Fühlen Sie sich durch diese Stelle in Ihrern Schülern verletzt, so bin ich gern damit einverstanden, dass Sie ihr eine authentische Interpretation (im Sinne unserer mündlichen Besprechung zu Strassburg) unterlegen.

2. Auch mit Ihrer Auffassung von «diesen Fehler», den Sie auf Heirathsconsens beziehen, kann ich mich nicht einverstanden erklären. Zum ersten steht in meinem Buche nicht «diesen» sondern «denselben» Fehler, ein Unterschied, den Sie sofort erkennen werden. Warum Sie aber zweitens «Fehler» auf Eheconsens beziehen, verstehe ich nicht recht. Im Vorausgehenden habe ich ganz allgemein von ihrer Theorie des negativen Gonococcenbefundes gesprochen, die ich für grund- d. h principiell falsch halte und habe als Beispiel meinen «verhängnissvollen Irrthum» angeführt. Denselben Fehler, d. h. aus dem negativen Gonococcenbefund auf die thatsächliche Abwesenheit der Gonococcen zu schliessen, der mich in einem Falle dazu geführt, den Eheconsens zu geben, habe ich auch mehrfach bei anderen Aerzten beobachtet. Nicht das Ertheilen des Eheconsenses ist der «Fehler», sondern die falsche Diagnose; das Ertheilen des Eheconsenses ist die Folge dieses «Fehlers».

Unter den von Ihren langjährigen Assistenten herrührenden Fällen — die Sie wohl als Ihre «Schüler» im engeren Sinne betrachtet wissen wollen, befindet sich sogar kein Einziger, in welchem die Fehldiagnose sich durch Ansteckung in der Ehe geoffenbart hätte; sondern wie im Falle Jadassohns, sind es alle Gonorrhoiker, die zuerst auf Grund des negativen Gonococcenbefundes für geheilt erklärt sind; die dann später zu mir gekommen sind, und bei denen es mir gelang, Gonococcen wieder nachzuweisen. Sie stammen alle aus den ersten Jahren meiner ärztlichen Thätigkeit, wo meine in Breslau empfangenen Ansichten über Gonorrhoe allmählich in's Schwanken geriethen und ich jeden Gonorrhoiker sorgfältigst und andauernd auf Gonococcen untersucht habe. In diesen Jahren habe ich die Fälle beobachtet, von denen ich in meinem Buche spreche. Nachdem ich mir nun in dieser Frage meine eigene Ueberzeugung gebildet hatte, habe ich meine Patienten nur dann auf Gonococcen untersucht, wenn ein praktisches Interesse in therapeutischer, diagnostischer und prognostischer Beziehung vorlag. So kommt es, dass ich aus den letzten Jahren über einschlägige Beobachtungen — ausser eines ganz krassen Falles, wo ein hiesiger, recht tüchtiger praktischer Arzt auf Grund des negativen Gonococcenbefundes den Eheconsens ertheilt hatte, der Mann einen Tag vor der Hochzeit zur Sicherheit nochmal zu mir kam, um sich von mir auf Gonococcen untersuchen zu lassen — nicht verfüge, weil ich gar nicht mehr darauf gefahndet habe. Ist jetzt ein Patient zu mir gekommen mit der Angabe, dass er auf Grund negativen Gonococcenbefundes von anderer Seite als geheilt entlassen worden ist, so habe ich mir die in einem solchen Falle stets sehr zeitraubende Gonococcenuntersuchungen erspart. Sind noch Fäden im Urin, so stelle ich ihre Art und den Ort ihrer Entstehung fest und schlage dem Patienten vor, den Versuch zu machen, diesen Tripperrest zu beseitigen. Der positive oder negative Gonococcenbefund übt zunächst keinen Einfluss auf diese Entscheidung und desshalb habe ich sie mir in den letzten Jahren geschenkt, in der Erwägung, dass ich meine Zeit besser anwenden könne.

Noch misslicher aber, als die Zahl der verflossenen Jahre, ist der Umstand, dass ich mir über die Gonococcenbefunde nie in meinen Tagebüchern Notizen gemacht habe, da ich nicht glaubte, je dieselben benützen zu wollen oder zu müssen. So bin ich denn in der unangenehmen Lage, Ihnen die concreten Fälle, in denen ich die Fehldiagnose bei früheren Assistenten von Ihnen constatirt habe, nicht angeben zu können. Die einzelnen (3 an der Zahl) sind mir mehr oder minder in ihren Details in Erinnerung, aber die Namen der Patienten, sowie die Zeit, wann sie bei mir waren, habe ich vergessen. Da ich ferner nur von einzelnen Privatpatienten, die mir ein besonderes Interesse darbieten, Krankengeschichten führe, so ist auch die Möglichkeit, ihrer habhaft zu werden, nicht vorhanden. Was den J. Fall anbetrifft, so kam der betreffende Studiosus zu mir mit der directen Mittheilung, dass er längere Zeit von J. behandelt worden sei und schliesslich auf Grund des andauernden negativen Gonococcenbefundes als geheilt entlassen worden sei, dass aber die Tripperfäden sich wieder vermehrt hätten und er desshalb zur Sicherheit sich noch einmal von mir untersuchen lassen wolle. Hier gelang nun gleich beim ersten Male der sichere Nachweis (der Patient versicherte mir, dass er in der Zwischenzeit mit keinem Weibe verkehrt habe). (Wie Sie wissen, kommt es ja leider bei chronischen Gonorrhoen so häufig vor, dass man Gebilde sieht, die Gonococcen sein könnten, die aber nicht charakteristisch genug gelagert sind, um den sicheren Schluss zu gestatten, Fälle, die immer zu längeren sorgfältigeren Nachsuchen veranlassen, ohne häufig die Mühe durch einen entscheidenden Befund zu belohnen.) Desshalb ist mir dieser Fall am besten in Erinnerung geblieben. Ich glaube, dass es im Jahre 1894 im Sommersemester gewesen ist. Ich habe daraufhin mein Tagebuch durchgesehen, ob etwa ein besonderer Vermerk mich den Mann erkennen liesse. Aber unter den vielen Studenten, die ich in dieser Zeit an Gonorrhoe behandelt habe, habe ich ihn nicht entdeckt. Es kann auch vielleicht im Sommer 1893 gewesen sein.

Wenn J. mich nicht direct in Strassburg aufgefordert hätte, so würde ich ihn natürlich nicht genannt haben, auch Ihnen gegenüber nicht, da mir der directe positive Nachweis durch die Namensnennung fehlt. Desgleichen halte ich es auch nicht für angebracht, die übrigen Fälle durch Namen Ihrer gewesenen Assistenten zu illustriren, da sie eben auch nur in meiner Erinnerung leben, wie der J. betreffende Fall.

Dagegen werde ich von jetzt ab alle Fälle von Gonococcen die von anderer Seite auf Grund des negativen Gonococcenbefundes als geheilt entlassen, zu mir in Behandlung kommen, in ihren Thatbestand fixiren lassen, sobald ein positiver Gonococcenbefund von mir erhoben wird. Ich zweifle nicht, Ihnen in etlichen Jahren eine Reihe notorischer Fälle vorlegen zu können und dadurch den positiven Beweis für meine Behauptungen nachträglich bringen zu können.

Im Interesse einer geregelten öffentlichen Auseinandersetzung, die Sie zu beabsichtigen scheinen, möchte ich an Sie die Bitte richten, mit einer eventuellen Publication zu warten, bis mein den Gegenstand behandelnder Aufsatz, den ich für die nächste Woche in der Münch. med. Wochenschr. erwarte, erschienen ist. Ich werde Ihnen Separatabdruck unverzüglich zustellen und bitte um das Gleiche.[2])

Mit vorzüglicher Hochachtung

Ihr ergebener

Dr. Kromayer.

Ich habe darauf Folgendes zu erwidern:

1. Kromayer sagt, er habe mit dem Ausdruck «denselben Fehler» nicht den zu Unrecht gegebenen «Eheconsens», sondern überhaupt den Fehlschluss, auf Grund des negativen Gonococcenbefundes die thatsächliche Abwesenheit der Gonococcen anzunehmen, gemeint. Ich acceptire diese Interpretation, wie die des «insbesondere sogar» statt «insbesondere auch bei Schülern Neisser's», und freue mich, dass Kromayer bei meinen Schülern einen zu Unrecht gegebenen Eheconsens nicht aufgedeckt hat. Ich muss aber hervorheben, dass Kromayer die Worte: «denselben Fehler» unmittelbar nach seinem Unglücksfall (dem von ihm zu Unrecht abgegebenen Eheconsens) setzt, so dass auch hier meine, von Kromayer als falsch bezeichnete, Auffassung seiner Worte fast nothwendig war; um so mehr als ich

2. in der That einen Unterschied darin finde, ob man einen Heirathsconsens ertheilt oder einen jungen Studenten als geheilt aus der Behandlung entlässt. Ich bin überzeugt, dass Jeder von uns im ersteren Fall noch ganz wesentlich vorsichtiger vorgehen wird, als im letzteren, trotzdem wir die Nothwendigkeit, vor der Erklärung einer Heilung wiederholt und sorgfältig nach Aussetzen der Behandlung zu untersuchen, immer wieder betont haben. Die Verantwortung vor Abschluss einer Ehe ist eben eine noch viel grössere — daher ja die ganze Frage in letzter Zeit immer als die des «Eheconsenses» besprochen wurde.

Macht ja auch Kromayer selbst den Unterschied, «dass er seine Patienten nur auf Gonococcen untersucht, wenn ein

[2]) Die Hervorhebung einzelner Worte und Sätze im Briefe Kromayer's rührt von mir her.

praktisches Interesse in therapeutischer, diagnostischer und prognostischer Beziehung vorliegt», (ein Vorgehen, was ich für durchaus unrichtig halte, da eben jeder Fall ein derartiges Interesse beansprucht, weil er ohne mikroskopische Gonococcencontrole nicht beurtheilt werden kann).

3. Ich muss es als höchst bedauerlich bezeichnen, dass Kromayer nicht das Material beibringen kann, um seine, speciell gegen meine Schüler in einem auch für Laien geschriebenen Buch erhobene, Beschuldigung beweisen zu können. Er hat auf Grund von Erinnerungen an Krankenaussagen den wiederholt citirten Passus geschrieben. Erinnerungen sind keine Beweise, und wenn man Jemand eines Fehlers öffentlich beschuldigt, muss man wenigstens die Möglichkeit haben, anzugeben: wann und bei wem dieser Fehler begangen worden ist, damit der Andere sich vertheidigen, die Umstände, unter denen der Fehler vorgekommen ist, darlegen kann. Es ist das um so nothwendiger, wenn die Anklage sich stützt auf Krankenaussagen; diese sind fast nie zuverlässig. Wenn die Aerzte anfangen würden, auf sie hin einander anzuklagen, so würde die Deroute der Collegialität eine vollständige sein. Ehe Kromayer diese Krankenaussagen auch nur zur Bildung seines Urtheiles in dieser Frage verwendete, musste er die betreffenden Collegen nach dem letzten Status bei den einzelnen Patienten, nach ihrer Ansicht über die wirklich erfolgte Heilung fragen. Das hat Kromayer, wie in dem Falle Jadassohn's, so auch in den anderen, die ihm «mehr oder minder in ihren Details in Erinnerung sind», unterlassen. Kromayer kann dieses sein Vorgehen auch nicht damit entschuldigen, dass er keine Namen genannt hat; im Gegentheil, ich finde es noch schlimmer, dass er eine ganze Classe von Menschen, «Neisser's Schüler», die den Aerzten und vielen Laien als solche bekannt sind, vor einem Forum, vor dem sich diese nicht vertheidigen können, nämlich vor dem von all den Laien, die das Kromayer'sche Buch lesen, angeschuldigt hat. Und als Jadassohn in Strassburg Namen verlangte, da musste Kromayer sofort das Gefühl haben: Wie kann ich Jemand nennen, wenn ich ihm nicht sagen kann, wann und wo er gefehlt hat, und musste die Selbstüberwindung haben, offen zu erklären: Ich kann keine Namen nennen, denn ich habe das Beweismaterial zu meinen Anschuldigungen nicht in Händen.

Ich hoffe, dass diese Bemerkungen, die etwas ausführlicher geworden sind, weil sie einen für das ärztliche Zusammenleben principiell wichtigen Punkt betreffen, auch Kromayer überzeugen werden, dass sein Vorgehen ein unrichtiges war.

4. Kromayer wird jetzt wohl auch einsehen, dass es nothwendig ist, sich Notizen auch über Privatkranke zu machen, wenn man die an ihnen gewonnenen Erfahrungen in Publicationen verwerthen will. Er wird dann nicht mehr in die «missliche» Lage kommen, Behauptungen, die er aufgestellt hat, durch einen Wechsel auf die Zukunft beweisen zu wollen.

Ich habe nur noch die Aufgabe, die in dieser Wochenschrift 1898, No. 24 erschienene Arbeit Kromayer's: «Was antwortet der Arzt dem heirathswilligen Gonorrhoiker?» einer kurzen Besprechung zu unterziehen, um, so weit es an mir ist, dem Irrthum vorzubeugen, als ob die Angaben Kromayer's eine die Unrichtigkeit meines oben dargelegten Standpunktes beweisende Kraft hätten. Ich will mich in dieser Beziehung möglichst kurz fassen:

1. Die Wahrscheinlichkeitsrechnung Kromayer's brauche ich nicht zu widerlegen. Ihre Grundlagen sind ganz willkürliche. Von im Arbeitshaus internirten Prostituirten auf Ehecandidaten Rückschlüsse zu machen, ist sehr merkwürdig. Der Unterschied zwischen der Zahl der im Arbeitshaus und der bei den frei lebenden Prostituirten gefundenen Gonorrhoischen liegt in dem höheren Alter der ersteren, in der Unmöglichkeit, dass sie sich Re- und Superinfectionen zuziehen, in dem oft viele Monate und Jahre dauernden Aufenthalte im Arbeitshaus. Mit Rechnungen aber kommt man bei so unsicheren Verhältnissen überhaupt nicht weiter.

Kromayer erklärt aber meinen Standpunkt «wissenschaftlich für falsch», weil eine absolute Gewissheit der Gonococcenabwesenheit selbst durch noch so häufige Untersuchungen nie erreicht werden könne.

Ich habe schon oft erklärt, dass ich das vollkommen zugebe. Aber in dieser diagnostischen Frage, wie in allen übrigen ähnlichen medicinischen Problemen wird immer nur mit Wahrscheinlichkeit gerechnet, und es frägt sich nur, wie weit man den Grad der Wahrscheinlichkeit treiben kann. Das hängt aber davon ab, ob und wie weit der Arzt die bekannten Untersuchungsmethoden beherrscht. Dass ich mich nun auf meine eigenen Erfahrungen stütze, ist wohl selbstverständlich; und diese meine Erfahrungen lehren mich, dass bis auf eine einzige Fehldiagnose, die ich in den ersten Jahren meiner Praxis mir habe zu Schulden kommen lassen, mir in all' den letzten Jahren kein solches Versehen passirt ist, oder, um mich ganz vorsichtig auszudrücken, dass mir nicht bekannt geworden ist, dass ich zu Unrecht eine Heirathserlaubniss einem früheren «Gonorrhoiker» gegeben habe. Es ist ganz selbstverständlich, dass von Jahr zu Jahr die Sicherheit, mit der wir ein derartiges Urtheil aussprechen können, wächst. Zu der grösseren Uebung im Untersuchen, die sich der Einzelne erwirbt, kommt hinzu die Vervollkommnung der Untersuchungstechnik, der Färbetechnik, des Culturverfahrens etc. Kromayer meint nun zwar, dass, wenn er auch mir und meinen Untersuchungen trauen wolle, doch nicht allen Aerzten gleichmässig dieses Zutrauen geschenkt werden könne. Ich kann dem nicht widersprechen, weil es geradezu unerhört wäre, wenn ich mir in meiner speciellen 15jährigen Beschäftigung mit diesen Fragen nicht eine grössere Uebung und Erfahrung erworben hätte, als Andere, die sich mit solchen Dingen nur selten beschäftigen. Aber, wie schon so oft gesagt, der einzige Schluss, der dann zu ziehen ist, ist doch der: Wer in solchen Dingen mitsprechen will, muss die Technik ordentlich erlernen, und man darf eine Methode nicht desshalb verwerfen, weil sie in schlechten Händen zu unbrauchbaren Resultaten führt. «Neisser's Dogma» spricht nicht, wie Kromayer am Ende seiner Arbeit schreibt, vom beweisenden Werthe des negativen Gonococcenbefundes schlankweg, sondern von der Möglichkeit, durch sehr eingehende und sehr mühselige Untersuchungen eines sehr geübten, speciell mit diesen Dingen vertrauten Arztes eine noch bestehende oder schon erloschene Infectiosität einer Urethritis festzustellen. Das «Cavete!», womit Kromayer alle Gonorrhoiker anschreien möchte, ist gewiss am Platze allen leichtsinnigen Patienten gegenüber, aber auch allen ungeübten, die Frage obenhin behandelnden Aerzten gegenüber, und nicht unserer sehr ernsthaft aufgefassten und uns in jedem einzelnen Falle mit schwerster Verantwortlichkeit belastenden Untersuchungsmethode gegenüber.

2. Kromayer meint, dass viele Gonorrhoiker nach dem Aussetzen der Behandlung wieder Gonococcen aufweisen. Gewiss; das haben wir immer besonders betont; aber wir haben auch immer gesagt, dass negative Befunde bloss nach längerem Aussetzen der Behandlung irgend welche Bedeutung haben.

3. Kromayer führt eine Reihe von Patienten an, die «von anderer Seite als definitiv geheilt entlassen» waren, «und zwar selbst auch von Schülern Neisser's». Dieser Punkt ist oben schon abgemacht; so lange Kromayer die Fälle nicht anführt, darf er sich nicht auf sie stützen.

4. Kromayer hat etwa gegen 40 Ehemänner von Frauen untersucht, die von gynäkologischer Seite als gonorrhoisch diagnosticirt waren, und hat nur bei Wenigen Gonococcen gefunden. Wie oft haben wir auseinandergesetzt, dass solche Fälle, bei denen weder bei der Frau, noch beim Mann Gonococcen gefunden sind, gar nichts beweisen. Selbst vorausgesetzt, dass es sich bei allen den Frauen wirklich ursprünglich um Gonorrhoe gehandelt hat, so genügt doch die Annahme, dass Mann und Frau postgonorrhoische residuale, chronische Zustände ohne Gonococcen haben. Bei Männern von Frauen, die selbst wirklich noch Gonococcen aufweisen, findet man diese fast immer.

5. Die Fehldiagnose Kromayer's beweist nichts, da Kromayer nicht angibt, wie er seinen Patienten untersucht hat. Ebensowenig der eine kurz beschriebene von den «etlichen Fällen», in denen, trotz Kromayer's Warnung eine gonococcenfreie

Urethritis zur Infection der Frau geführt hat; denn in diesem Falle ist weder die Diagnose der Gonorrhoe bei der Frau gesichert, noch angegeben, «ob der Mann mit allen Cautelen» (Prostata, Bougirung etc.) untersucht ist.

6. Die negativen Befunde bei 2 Mädchen, von denen eine Gonorrhoe ausgegangen sein soll, haben mit meiner Frage (Bedeutung der negativen Befunde für die männliche Urethritis) gar nichts zu thun. Ganz abgesehen aber davon, wo hätte je einer von uns behauptet, dass eine 2 oder 3malige Untersuchung von Urethra und Cervix (wo bleiben Bartholin'sche Drüsen und Rectum?) genüge, um eine Gonorrhoe bei der Frau auszuschliessen?

Das sind die Punkte, auf die sich Kromayer stützt, indem er unsere Anschauung als eine «grund-», d. h. principiell falsche bezeichnet.

An ihm, resp. an allen Denen, welche sich gegen die Verwerthbarkeit negativer Gonococcenbefunde aussprechen, ist es, beweisendes Material beizubringen, d. h. solche Fälle zu publiciren, in denen der Nachweis erbracht ist: Genau nach unseren Principien untersuchte Fälle haben zu einer Infection in der Ehe geführt. Kromayer selbst kann solche Fälle natürlich nur bei dem Material finden, das erst von anderer Seite zu ihm kommt.

Der ganze Streit wäre überflüssig, wenn es in der That gelänge, alle Urethritiden zu heilen. Das ist aber, wie Kromayer selbst angibt, «noch häufig» nicht der Fall. Bei ihm wird die Nichtheilung «eine immer seltenere Ausnahme». Ich bin nicht so glücklich; ich muss noch immer bei manchen dieser Patienten, die ich natürlich von ihrer Urethritis mit allen unseren Mitteln, auch mit Zuhilfenahme des Endoskops, zu befreien bemüht bin, auf die Heilung verzichten. Und ich sehe in meiner Praxis auch, dass selbst die geübtesten Aerzte trotz aller Hilfsmittel der Endoskopie, der mechanischen und localisirten Behandlung u. s. w., bei den geduldigsten Patienten mit den Fäden und Verklebungen, den von Zeit zu Zeit sich steigernden Schleimabsonderungen nicht fertig werden. Mich führt dieses Moment dazu, in jedem Falle, ehe ich den geplagten Patienten zu weiteren Behandlungsversuchen zurede, möglichst genau festzustellen, ob denn eine Fortsetzung der Behandlung wirklich zwingend nothwendig sei. Ich habe andererseits bereits oben erklärt, dass dauernde starke Schleimhautreizung (mit viel Eiterkörperchen im Secret und in den Fäden), reichliches Vorhandensein anderer Bacterien, jede irgendwie auffallende Schleimhautveränderung (Schwellung, Neigung zu Blutungen, Neigung zu bindegewebiger Narbenbildung), chronische Prostatitis etc. ernstlich in Betracht gezogen und in Behandlung genommen wird. Aber der springende Punkt für diese Patienten und speciell in der Heirathfrage bleibt mit und ohne solche Veränderungen, mit und ohne Behandlung immer die Frage: Besteht noch Infectiosität oder nicht?

Auch ich rufe seit Jahren den Patienten zu: Sorget, dass Ihr Euern Tripper heilt! Aber richtiger ist es, diesen Ruf zu richten an die Aerzte, dass sie alle lernen mögen, **den acuten Tripper zu heilen.** Das ist eine verhältnissmässig leichte Kunst für jeden Arzt, wenn er die durch die Gonococcenlehre geschaffenen Errungenschaften ausnützen will und wenn er sich auch darum kümmert, dass die örtliche Behandlung gut ausgeführt wird. Selbst die besten Medicamente nützen nichts, wenn die Einspritzungen oder Ausspülungen schlecht ausgeführt werden. Gelänge es, diesen immer noch herrschenden Schlendrian der Gonorrhoebehandlung zu beseitigen, so brauchten wir uns nicht so viel mit den Schwierigkeiten des Heirathconsenses bei alten Gonorrhoikern zu beschäftigen.

Nun noch ein Wort zu den letzten Ausführungen der Kromayer'schen Publication!

Kromayer sagt: «Ist es nicht gelungen, den Tripper vollkommen zu heilen (in der Anmerkung steht: «leider kommt das noch häufig vor») oder kann oder will der Heirathswillige sich keiner Behandlung mehr unterziehen, so hat der Arzt unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Momente dem Patienten den Sachverhalt zu schildern, auf dessen Grund der Heirathswillige seine Entscheidung treffen mag.» Dann folgen einige specielle Vorsichtsmaassregeln für die erste Zeit der Ehe, allerdings mit der dringenden Mahnung, dass der Patient sich in der Ehe noch als infectionsfähig zu betrachten habe.

Ich muss gestehen, dass ich nach der schweren Verurtheilung meines Standpunktes auf eine andere Lösung der «Consens»-Frage mich gespitzt hatte. Glaubt Kromayer wirklich, dass er mit seinen Darlegungen irgend etwas Neues, etwas die Frage Förderndes gebracht habe?

Auch ich und keiner von uns gibt den Heirathsconsens im Sinne einer Garantie. Wenn ich mich aber überzeugt habe, dass bei einer Urethritis chronica auf keine Weise mehr Gonococcen nachzuweisen sind, wenn klinisches und mikroskopisches Bild und Verlauf mit der Wahrscheinlichkeitsannahme der Nichtinfectiosität übereinstimmen, wenn ausgedehnte langdauernde Behandlungsversuche bereits von Anderen vorgenommen sind oder mir selbst ein Resultat nicht ergeben haben, dann spreche ich mit dem Patienten so, dass er sich als anständiger Mensch zur Heirath entschliessen kann, und ich bin überzeugt, dass ich ihm damit mehr nütze, als wenn ich ihm lange Auseinandersetzungen mit Wahrscheinlichkeitsrechnungen etc. gebe.

Keinesfalls kann ich finden, dass Kromayer berechtigt war, seinen Angriff in so pointirter und absprechender Form Aerzten und Laien vorzutragen.

Ich wende mich energisch gegen Kromayer, nicht weil sein Angriff mich betraf, — das ist sein gutes Recht und eventuell seine Pflicht — sondern weil ich es, wie bereits gesagt, für ein Unglück halten würde, wenn Kromayer's Angriffe im Stande wären, das Princip, auf dem sich unsere ganze Gonorrhoediagnose, Prophylaxe und Therapie aufbaut, zu erschüttern, das heisst das Princip, dass in jedem Falle von Gonorrhoe eine stetige mikroskopische Gonococcencontrole nothwendig ist, um die Art der Behandlung und ihre Erfolge, um wirklich erfolgte Heilung und Schwinden der Infectiosität festzustellen.

Weiterer Beitrag zur Operation der harten Schädelbasisfibrome ohne praeliminare Operation;

nebst Bemerkungen über gewisse Sprachstörungen*).

Von Sanitätsrath *Hopmann*.

In unserer letzten Versammlung vor einem Jahre sahen Sie zwei Patienten, von denen der eine sechs Monate, der andere sechs Jahre zuvor die Radicaloperation eines umfangreichen Fibrosarkoms der Schädelbasis, eines sogenannten harten Nasenrachenfibroms, ohne praeliminare Eingriffe mit gutem Erfolg überstanden hatten. Insbesondere sprach ich mich damals noch gegen die vorgängige Spaltung des weichen Gaumens aus, weil sie keineswegs einen vollkommeneren Zugang zum Schädeldach schafft, als straffes Anziehen des Segels mittels Drainröhren. Um letzteres bequemer ausführen zu können, hatte ich mir eine kleine Vorrichtung anfertigen lassen, einen «Velitractor», dessen Anlegen an einem der Patienten gezeigt wurde. Auch beschrieb ich damals mein Operationsverfahren, welches in möglichst stumpfem und vollständigem Aushebeln der Geschwulst aus dem Periost und dem Knochen heraus, nöthigenfalls unter Ausbrechen des letzteren, und in möglichst eingeschränkter Anwendung von Messer oder Scheere besteht, nochmals, nachdem ich dasselbe zuerst in einer Sitzung des Kölner Allgemeinen Aerztlichen Vereins am 24. April 1893 in einem Vortrage «Bemerkungen zur Operation der Nasenrachenpolypen» auseinandergesetzt und im Jahre 1886 zum ersten Male ausgeführt hatte[1]).

Der Zufall fügte es, dass in derselben Nummer der Münch. med. Wochenschr., welche meinen Vortrag enthielt, eine noch eingreifendere Praeliminaroperation, als solche bis dahin in Uebung waren, empfohlen wurde[2]), nämlich Aufklappen des ent-

*) Nach einem in der Vereinig. Westdeutsch. Hals- und Ohrenärzte am 16. April 1899 zu Köln gehaltenen Vortrage.

Cf.: «Zur Operation der harten Schädelgrundpolypen». Münch. med. Wochenschr. 24. V. 1898. No. 21.

[1]) Verhandl. d. Allg. Aerztl. Vereins zu Köln 1891—95. Leipzig bei Thieme, 1896. S. 37.

[2]) Münch. med. Wochenschr. 1898. p. 21.

sprechenden Oberkiefers und Aufklappen der Nase in entgegengesetzter Richtung. Nicht lange vorher war die temporäre Resection des harten Gaumens als Voroperation wieder einmal warm vertheidigt worden [3]). Auch der Patient, den ich Ihnen heute vorstelle, war vor noch nicht zwei Jahren bereits operirt worden und zwar nachdem man ihm zunächst das Gaumensegel gespaltet hatte. Ich glaube demnach nicht zu irren, wenn ich behaupte, dass die überwiegende Mehrzahl der Chirurgen Voreingriffe nicht unerheblicher Art als zum Gelingen der Operation harter Schädelbasisfibrome unerlässlich ansieht.

Bei dieser Sachlage halte ich es nicht für überflüssig, meine gegen Voreingriffe sprechenden Erfahrungen nochmals hervorzuheben, um so mehr, als der vorzustellende Kranke den Beweis liefert, dass erstens die Spaltung des Velums als Voroperation durchaus keine Sicherheit gründlicheren Operirens bezw. des Vermeidens von Recidiven gewährt, und dass zweitens selbst umfangreiche Recidive harter Fibrosarkome der Basis cranii ohne Voreingriffe gründlich ausgerottet werden können und eine rasche Wiederherstellung der Kranken erzielt werden kann. Denn es sind noch nicht vier Wochen her, dass dieser damals äusserst heruntergekommene elfjährige Knabe, den Sie hier vor sich sehen, von mir von einem Basisfibrom befreit wurde, welches zu den grössten und breitbasigsten gehört, die mir bisher vorgekommen sind. Die hier im Glase befindliche Geschwulst von Knorpelhärte hatte im frischen Zustande eine Länge von ca. 16, eine Breite bezw. Dicke von ca. 6 cm und wog 76 g.

Mit Haematoxylin und Eosin gefärbte Schnitte, welche einem kleinen Geschwulstsegment entnommen sind, zeigen den charakteristischen Bau des Fibroma durum.

Die Kranken- und Operationsgeschichte ist kurz folgende:

Der Knabe hatte schon Jahre lang an zunehmender Verstopfung der rechten Nasenseite, später auch der linken, an undeutlicher Aussprache, an Athem- und Schlingbeschwerden gelitten, als Schwerhörigkeit, eiteriger Ohrenfluss beiderseits und heftiges, periodisch immer wiederkehrendes Nasenbluten die Eltern veranlasste, eine Universitäts-Ohrenklinik aufzusuchen. Dort fand man als Ursache der Störungen einen Nasenrachenpolypen, den ein Professor der Chirurgie im August 1897 nach Schlitzung des Gaumensegels exstirpirte, wobei eine äusserst profuse Blutung entstand. Die Spaltung des Segels war auf besonderen Wunsch des Leiters der Ohrenklinik noch desshalb vorangeschickt worden, um die Geschwulstbasis durch den nicht wieder vernähten Schlitz besser nachbehandeln zu können. Die Nachbehandlung erfolgte mittels Galvanokauters, der einen über den andern Tag fast drei Monate lang angewendet wurde. Im Ganzen verblieb der Kranke 116 Tage in stationärer, klinischer Behandlung. Das Recidiv liess trotzdem nicht lange auf sich warten. Die Blutungen wurden wieder häufiger und reichlicher und entkräfteten den Knaben sehr. Als er mir am 20. März ds. Js. zugeführt wurde, berichtete der Vater des Kranken mir, dieser sei längere Zeit wegen übergrosser Schwäche nicht im Stande gewesen, zu stehen und zu gehen, wesshalb die Reise von Woche zu Woche habe aufgeschoben werden müssen. Der Kranke war auf's Aeusserste abgemagert und anaemisch, was sich nicht nur durch die profusen Blutungen, sondern auch durch die mangelhafte Ernährung erklärte, da die Schluckbehinderung ungewöhnlich gross war. Sie wurde durch einen halbhühnereigrossen Antheil des Polypen verursacht, welcher zwischen den beiden Hälften des Gaumensegels hindurch, mit welchen Verlöthungen bestanden, in die Mundhöhle hineingewuchert war. Ausserdem füllte der Tumor den ganzen Nasenrachenraum und die Nasenhöhle aus. Sein vorderster Theil lag frei im rechten Nasenloch sichtbar vor. Der Tumor war von der rechten Hälfte der Schädelbasis ausgegangen. Beide Ohren eiterten; es bestand erhebliche Schwerhörigkeit; die Sprache war unverständlich.

Am folgenden Tage löste ich bei dem chloroformirten Kranken die schwächeren Verlöthungen mit dem stumpfen, die stärkeren Verwachsungen mit Raspatorien vom Velum, der seitlichen Pharynxwand, der lateralen Nasenwand etc. ab, indem ich die Spitze der Instrumente nach Möglichkeit mit dem linken Zeigefinger controlirte und möglichst rasch vordrang. Nur zweimal brauchte ich mit einem Scheerenschnitt nachzuhelfen, da sich die ganze Geschwulst bis zu ihrer Hauptinsertion am Schädeldach im Wesentlichen stumpf ablösen bezw. aus den Knochen herausbrechen liess. Nun fasste ich mit einer kräftigen Resectionszange die Geschwulst und zerrte sie mit Drehbewegungen von ihrer Basis ab, wobei ich meine ganze Kraft zu Hilfe nehmen musste, da es sich um knorpelharte Substanz handelte. Kleinere Reste, Gewebsfetzen und Knochentrümmer wurden gleich hinterher herausgeholt, da keine Nothwendigkeit zu einer Blutstillung vorlag. Die beiden Velumfetzen vereinigte ich durch einige Catgutnähte und tamponirte die grosse Wundhöhle von der Nase aus locker mit Jodoformmullstreifen. Tieflagerung des Kopfes und Kampherinjectionen halfen in den folgenden Stunden der äusserst schwachen Herzthätigkeit nach, doch konnte von subcutanen Wassereinspritzungen abgesehen werden, da Patient bald wieder schlucken konnte und reichlich Getränke zu sich nahm. Die Erholung erfolgte verhältnissmässig schnell und ist heute, 26 Tage nach der Operation, wie Sie sehen, bereits soweit gediehen, dass der Kranke in einigen Tagen wieder nach Hause reisen kann. Das Velum ist, wenn auch unregelmässig und mit starker Verkürzung, verheilt.

Die locale Nachbehandlung besteht in lockerer Ausfüllung der durch Zerstörung des Septums, der Muscheln etc. zu einer grossen Höhle vereinigten beiden Nsaenhälften mit Verbandmullstreifen, welche Morgens und Abends erneuert werden. Das hat den Zweck, die Secrete aufzusaugen, flüssig zu erhalten und leicht fortzuschaffen, die sich sonst in Borken an den zerklüfteten Wandungen des geräumigen Innern festsetzen würden.

Es hat aber noch einen weiteren und hochwichtigen Zweck. In Folge der ausserordentlichen Erweiterung der Nasenhöhle und des Nasenrachenraums durch den Druck der Geschwulst, und in Folge des höchst mangelhaften Abschlusses des letzteren durch das verkrüppelte Gaumensegel, sind selbstredend Deglutition und Articulation in Mitleidenschaft gezogen. Lässt man die Nase frei, so dringen auch jetzt noch Ingesta, namentlich Getränke, beim Schlucken in die Nase ein; die Sprache aber ist durchaus unverständlich. Das Alles ändert sich mit einem Schlage nach selbst nur theilweiser, lockerer Ausfüllung der Nase. Alsdann kann der Knabe anstandslos selbst Flüssigkeiten hinunterschlucken, ohne dass diese regurgitiren. Seine Aussprache aber wird sofort gut verständlich. Letzteres nun erklärt sich nicht ohne Weiteres durch die Umwandlung der Rhinolalia aperta in Rhinolalia clausa. Analysirt man die Sprache bei offener Nase, so klingen fast alle Consonanten wie verwaschen; namentlich aber ist die mangelhafte Bildung bezw. der Ausfall der S-Laute so erheblich, dass man von Sigmatismus sprechen kann. Aber auch die anderen Verengungs- und Verschlusslaute sind in ihrer Bildung beeinträchtigt. Sofort aber, wie die Einlagen in die Nase gemacht sind, werden alle diese Laute nahezu normal gebildet. Der Unterschied tritt grell hervor, wenn Sie den Knaben eine Strophe bei offener und gleich darauf dieselbe bei verstopfter Nase aufsagen lassen, z. B. «Heil Dir im Siegerkranz» (Demonstration). Wie Sie hören, ist der Unterschied der Aussprache geradezu verblüffend.

Diese Erscheinung beobachtete ich zuerst bei einem Mädchen mit angeborener Gaumenspalte; auch konnte ich den Unterschied der Articulation an der mittlerweile operirten Patientin im hiesigen Allgemeinen Aerztlichen Verein (1. II. 1892) demonstriren. [4])

Die Erklärung der Articulationsstörung, welche ich damals geneigt war, in ein causales Abhängigkeitsverhältniss zur Rhinolalia aperta (und ihre Hebung zur Rhinolalia clausa) zu setzen, dürfte darin zu suchen sein, dass zur Bildung der Explosiv- und Stenosenlaute eine gewisse Spannung der Luft erforderlich ist. Bei weit offenstehendem Nasenrachenraum und sehr weiter Nasenhöhle kann aber der Ausathmungsluftstrom nicht so stark angestaut werden, als die Erzeugung genannter Laute dieses verlangt, da die Luft zum grössten Theil durch die Nase entweicht. Unter diesen Lauten sind die S-Laute die allerempfindlichsten, wesshalb sie entweder ganz ausfallen oder nur rudimentär verschwommen hervorgebracht werden, bis dem Entweichen der Luft durch die Nase durch theilweises Ausstopfen derselben ein gewisser Widerstand bereitet wird.

[3]) Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 23. XII. 1897 und Arch. f. klin. Chir., Bd. 57, 4. Heft.

Ueber einen Fall von chronischer Urticaria der Schleimhaut der Halsorgane.

Von Dr. med. *Merx*, prakt. Arzt in Bamberg.

Unter den auf den Schleimhäuten des Verdauungs- und Respirationstractus vorkommenden exsudativen Processen nimmt die Urticaria eine verhältnissmässig seltene Stellung ein; Fälle, in denen sich eine solche auf den dem Auge nicht zugänglichen Schleim-

[4]) Deutsch med. Wochenschr. 1893, S. 1285 f.

häuten des Magendarmcanals als vorkommend folgern liess, sind in der Literatur bisher kaum erwähnt.

Mundrachen-Urticaria wurde, nach Schech's Zusammenstellung (Münch. med. Wochenschr. No. 26, 1898) von Laveran, Montard-Martin, Sevestre, Labbe und Delbrel beobachtet, Fälle von Kehlkopf-Urticaria von Kaposi, Löri, Cayla, Woodbury und Rendu. Weitere Fälle fand ich noch von Rapin, Morrow (Rachenurticaria) und Pitha (Kehlkopfurticaria) berichtet.

Ein Auftreten von Urticaria auf der Nasenschleimhaut ist bisher nicht beobachtet worden.

Zur Urticaria der Trachea und der Bronchien bemerkt Löri, dass er Tracheaquaddeln wiederholt habe auftreten sehen. In einzelnen Fällen habe er asthmatische, ja sogar förmliche Erstickungsanfälle gesehen, die es wahrscheinlich machten, dass auch die Schleimhaut der Bronchien ergriffen war.

Schliesslich wären noch die Fälle zu erwähnen, deren Verlauf es nicht unwahrscheinlich macht, dass eine Urticarialocalisation zugleich die äussere Haut und Magen- resp. Darmschleimhaut betraf. Ueber solche berichtet Rapin, wo der Nesselausschlag nicht allein die Haut befiel, sondern sich auch auf die Digestionsorgane erstreckte, «indem er die Mucosa vom Munde an bis zum Magen und Darm ergreift», was der Verfasser aus der Anschwellung der Zunge und des Pharynx, sowie aus den Schmerzen im Magen und Oesophagus und den Verdauungsstörungen, die in Ructus, Vomitus und Diarrhoe bestanden, motivirt.

Noch wäre der Urticaria scriptorica zu gedenken, über die, insoferne es die äussere Haut betrifft, eine reiche Literatur vorliegt, während die Möglichkeit, eine solche auf den Schleimhäuten künstlich erzeugen zu können, nirgends erwähnt wird.

Es dürfte daher nachstehender Fall, der sich durch seine lange Dauer, das Auftreten der Urticaria auf Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut und seine Beziehungen zum Magendarmcanal auszeichnet, der Mittheilung werth sein.

Am 20. VI. 1898 stellte sich in meiner Sprechstunde der 34jährige Herr P. vor, mit der Angabe, dass sich bei ihm seit einigen Stunden Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, sowie besonders lästiges Sodbrennen eingestellt hätten. Aehnliche Beschwerden habe er schon mehrmals in den letzten 3, 4 Monaten gehabt, doch habe ihn die Erfahrung, dass der krankhafte Zustand schon nach wenigen Stunden, längstens am folgenden Morgen behoben war, bis jetzt nicht zu einem Arzt geführt.

Patient ist ein kräftiger, musculöser, gut aussehender Mann, hereditär nicht belastetet, mässiger Raucher, kein Potator, luetisch nie afficirt, bisher nie krank, jedoch «sehr nervös»; ist verheirathet und Vater zweier gesunder Kinder.

Die Inspection der Mundrachenhöhle ergibt: reichlichen Speichelfluss, Uvula hyperaemisch, oedematös geschwellt, ebenso die angrenzenden Partien fast der ganzen rechten Hälfte des weichen Gaumens, der noch stärker infiltrirt erscheint, und Oedem der rechten Tonsille, kurz das Bild einer beginnenden phlegmonösen Angina. Mit Ausnahme der hinteren Rachenwand, die einige chronisch veränderte Stellen aufweist, Mundrachenhöhle intact. (Betreffs Therapie siehe unten.)

Am nächsten Morgen stellte sich Patient wieder vor, die ganze Affection (auch die Magenbeschwerden) war verschwunden. Patient gibt noch an, dass seine Beschwerden bis zum Schlafengehen angehalten hätten; beim Erwachen sei er frei davon gewesen.

Doch schon am 26. VI. stellten sich bei dem Patienten dieselben Beschwerden ein; ebenso am 3. VII; beidemale betraf die Affection die Uvula und einzelne Partien des weichen Gaumen; jedesmal verschwand sie rasch (10 resp. 12 Stunden nach dem Auftreten).

Mitte August 1898 besuchte Patient mich wieder; bisher war er recidivfrei geblieben; brennende Schmerzen an der Zungenspitze führte ihn zu mir; die Mundrachenhöhle war diesmal frei; nur auf der Zungenspitze sass eine längliche, ca. 1½ cm breite Quaddel; ein Bestreichen derselben mit einer mir zur Hand stehenden Argent. nitric.-Lösung linderte die Schmerzen; wie ich nachträglich erfuhr, war Patient nach 3 Stunden schmerzfrei.

Von diesem Recidiv an folgten bis zum 26. II. 1899 noch weitere 14, die ich mir notirt habe, theils leichter in Auftreten und Folgen, theils schwerer; noch einmal wurde die Zunge befallen, sonst war die Affection auf den weichen Gaumen localisirt. In über der Hälfte der Fälle trat Sodbrennen, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, in 2 Fällen Diarrhoen, bei sämmtlichen reichlicher Speichelfluss auf.

Am 26. II. 1899 nun suchte mich Abends gegen 10 Uhr Patient in meiner Wohnung auf und erklärte mit heiserer Stimme, es sei ihm vor ca. ½ Stunde beim Genuss von Fischen eine Gräte im Hals stecken geblieben.

Befund: Gesicht leicht cyanotisch, an der Stirn eine Urticariaeruption; weicher Gaumen, Tonsillen und Uvula in toto hyperaemisch, oedematös infiltrirt, auf der Epiglottis eine quaddelförmige Erhebung, ebenso am rechten Taschenband, linkes Taschenband leichter oedematös, Stimmbänder injicirt. — Die Gräte stack nicht, wie Patient der Empfindung nach urtheilte, im Larynx, sondern hatte sich in der rechten Vallecula eingespiesst.

Die Erscheinungen gingen nach Extraction der Gräte in der folgenden halben Stunde, während der ich mehrmals Untersuchungen der afficirten Organe vornahm, der Hauptsache nach zurück. Doch konnten noch nach 10 Minuten (von der Entfernung des Fremdkörpers an gerechnet) die Quaddeln des Kehlkopfes constatirt werden. Die Beschwerden von Seiten der Speiseröhre und des Magens, wie der Speichelfluss, der sich auch wieder eingestellt hatte, verschwanden erst nach mehreren Stunden; am folgenden Tage constatirte ich wieder normale Verhältnisse.

Die therapeutischen Maassnahmen, die alle Hilfsmittel, die gegen solche Leiden empfohlen wurden oder des Versuchs werth erschienen, umfassten, waren im Ganzen von nur geringem Erfolg.

Nur eines hatte bisher einen schmerzstillenden und die Eruption des Rachens schneller zurückbringenden Effect: Das Bepinseln der ergriffenen Schleimhäute mit schwachen (3—4 proc.) Höllensteinlösungen; auch gegen die Beschwerden, die jeweils im Magen oder der Speiseröhre auftraten, wurden die verschiedensten Maassnahmen getroffen, jedoch ohne Erfolg; im Gegentheil, als ich einmal Natronbicarbonat nehmen liess, steigerte sich nur der brennende Schmerz.

Vom letztbeschriebenen Auftreten an verordnete ich, ausser hydrotherapeutischen Maassnahmen, Bromkali; dies hatte offenbaren Erfolg; zwar kamen noch einige Nachschübe; doch ist bei Abschluss dieser Arbeit Patient seit über 3 Monaten ohne Insult geblieben.

Auf den Ernährungszustand hatte die ganze Krankheit keinen nachtheiligen Einfluss; der sonst nie gestörte Appetit, der gute Verdauungszustand, wie Wägungen, die ich in den letzten Monaten anstellen liess, bestätigten dieses.

Eine Reihe von Allgemeinuntersuchungen, die während der bisherigen Krankheitsdauer vorgenommen wurden, ergab normale Verhältnisse; Temperatursteigerungen über 37,4 kamen nie vor; im Urin konnte nie Albumen noch Zucker nachgewiesen werden; einige Male ergab sich Indicanreaction; der Speichel war stets alkalisch.

Eines fiel jedoch auf, die Möglichkeit äusserst leicht — schon Stethoskopdruck genügte — Urticaria scriptoria hervorzurufen.

Der letztere Umstand legte den Versuch nahe, die Schleimhäute mit der Sonde zu reizen, um eventuell einen ähnlichen Effect zu erzielen; jedoch fielen diese, ebenso wie gleiche Versuche an 3 anderen Patienten mit Urtic. scriptor., rücksichtlich der hierauf geprüften Schleimhäute des Rachens und der Nase so gut wie negativ aus.

Betreff der Entstehungsursachen will ich nicht auf alle Eventualitäten eingehen; eines steht fest, weder specifische Medicamente riefen oder konnten die Affection hervorrufen, ebenso wenig kamen Ingesta oder krankhafte Zustände, wie Magendarmkatarrh, Rheuma, Zahnkrankheiten etc. oder klimatische Einflüsse aetiologisch in Betracht.

Nur eines blieb übrig: die Neurasthenie, die die Ursache dieser vasomotorischen Neurose mit ihren Folgen der gesteigerten Transsudations- oder genauer Secretionsthätigkeit der Gefässwände war. Daraus lässt sich auch der chronische Verlauf erklären.

Ausser dieser Chronicität bietet der Fall nach den bisherigen Publicationen rücksichtlich der Rachenkehlkopfaffection nicht wesentlich Neues; anders hinsichtlich der Digestionsstörungen, die sich durch Speichelfluss, Sodbrennen, Appetitlosigkeit, Diarrhoeen etc. manifestirten.

Speichelfluss ist ein häufiger Begleiter acuter Erkrankungen der Mundrachenhöhle; hier handelt es sich um eine solche; er ist somit als Ausdruck einer auf Nervenreiz hin gesteigerten Transsudation zu betrachten.

Das mit der Halsaffection auftretende und mit ihr gleichzeitig oder etwas später wieder schwindende Sodbrennen ist vielleicht so zu erklären:

Wie im Rachen, kam es auch in Speiseröhre und Magen zu Oedemen und mit ihnen zu einer gesteigerten Magensaftausscheidung, die durch den verschluckten alkalischen Speichel noch mehr angeregt wurde; Oedeme und die jedenfalls bestehende Hyperacidität des Magensaftes erzeugten auf der empfindlichen Schleimhaut den brennenden Schmerz. (Siehe Anm. 1.) (Leider gestattete Pat. mir nie den zur Magensaftentnahme nothwendigen Eingriff.)

Einen ähnlichen Fall, der für diese Annahme spricht, behandelte ich vor einigen Wochen:

Eine 40jährige Dame acquirirt mitten in voller Gesundheit einen Herpes, der sich über die heftig entzündete Schleimhaut des Mundes und Pharynx ausbreitet. Geringes Fieber. Heftiger Speichelfluss (Speichelmenge in den ersten 3 Tagen 100—120 ccm pro Stunde, Speichel alkalisch (Anm. 2), Lakmuspapier-, Methylorange- und Rhodankaliprobe mehrmals angestellt, immer positiv.) Sodbrennen, Appetitlosigkeit. Mit dem Nachlassen der Entzündungserscheinungen schwinden allmählich die Magensymptome wie der Speichelfluss.

Offenbar kam es auch in diesem Fall zu einer gleichartigen Magenaffection mit Entzündung und Hypersecretion, die vielleicht durch den verschluckten Speichel noch gesteigert wurde. Doch wäre auch die Annahme gerechtfertigt, dass die alkalischen Speichelmengen, die verschluckt (Anm. 3) wurden, den Magensaft neutralisirt und so Gährungsvorgänge im Magen begünstigt hätten, nachdem auch der exsudative Mundhöhlenprocess zur Entwicklung von Gährungserregern im Munde günstige Ernährungsbedingungen gab und so die Pyrosis veranlassen konnte.

Was ferner noch von dem Urticaria-Fall zu erwähnen wäre, ist der Umstand, dass es trotz der starken Oedeme nie zu solch' bedrohlichen Erscheinungen kam, die einen operativen Eingriff (Tracheotomie) indicirt hätten.

Noch möchte ich darauf hinweisen, dass eine andere, die äussere Haut wie Rachen und Larynx befallende Krankheit neurotischen Ursprungs: das angioneurotische Oedem, bisweilen Magendarmstörungen macht.

In den von Quincke und Strübing mitgetheilten Fällen kam es abgesehen von der Affection der Halsorgane zu krankhaften Erscheinungen von Seite der Verdauungsorgane in Form von starker Schleim- und Speichelsecretion, Appetitlosigkeit und Erbrechen.

Neuerdings publicirte Freudenthal einen Fall von Kehlkopfurticaria im Archiv f. Laryngolog. Bd. IX, Heft I.

Anmerkungen: ad 1. Gastrointestinale Symptome mit Nesselsucht, die ihren Ausgang von einer primären Magendarmstörung hatten, oder beide Symptome, als deren Ausgangspunkt ein eingeführtes Gift zu betrachten war, sind mehrfach beschrieben; doch sprach bisher gegen eine gleiche Schleimhautefflorescenz im Magen oder Darm, wie sie sich auf der Haut präsentirt, der Umstand, dass Fälle, wo bei Urticaria auf Grund äusserer Reize Verdauungsstörungen auftraten, nicht publicirt sind (Herz).

ad 2. Frerichs gibt an, dass bei acut entzündlichen Zuständen der Mundrachenhöhle der Speichel sauer reagire; hievon konnte ich mich in diesen beiden, wie auch mehreren in letzter Zeit daraufhin untersuchten acuten Anginen nicht überzeugen. Nur einmal fand ich neutrale, sonst immer alkalische Reaction.

ad 3. Patientin, die wegen der heftigen Rachenschmerzen Narkotica bekam, schlief in den ersten Tagen viel, so dass meine Anordnung, allen Speichel auszuspeien, nur theilweise befolgt wurde.

Literatur:

Rapin: Cit. bei Hirsch, Jahresber. 1886, 2, 510.
Morrow: Cit. in der Monatsschr. f. prakt. Dermatol. 1882, 1, 241.
Pitha: Cit. bei Rühle, Kehlkopfkrankh., 1861.
Lehrbücher von Schech, M. Schmidt, Schrötter, Gottstein.
Lehrbücher von Boas, v. Leube, Kaposi, Löri.
Friedrich: Rhinologie etc. i. i. Bedeutung etc., 1899 (Vogel).
Herz: Störungen d. Verdauungsapparates, 1898 (Karger).
Schwimmer: Neuropath. Dermatonosen, Wien 1882.
Ephraim: Neue Folge von Volkmann's Vortr. No. 162.
Dieminger: Inaug.-Dissert., Würzburg 1898.
Strübing: Zeitschr. f. klin. Med. 1885, IX, 5.
Quincke: Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1882, I.
Rossbach: Berl. klin. Wochenschr. 1882.

Ein Ersatz des Corsettes.

Von Dr. med. *H. Burger*, dirig. Arzt einer Heilanstalt für Magen-Darm-Kranke in Baden-Baden.

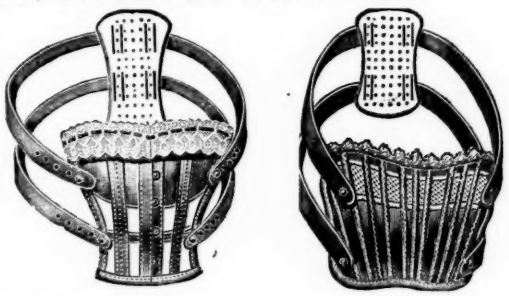
Bei den Patientinnen, welche genöthigt sind, eine Leibbinde zu tragen, hört man öfters die Klage, dass das gewöhnliche Corsett sich nicht gleichzeitig mit der Binde tragen lasse, weil die Binde nicht Raum genug für das Corsett lasse oder der Leib bei Anwendung beider eine gewisse Unform zur Schau trage.

Und doch stellt sich auf der andern Seite das Bedürfniss, ein solches haben zu müssen, namentlich bei schwächlichen und zarten einentheils und sehr fettleibigen Personen anderntheils oft in dringender Weise ein. «Ich habe keinen Halt im Rücken» oder «der Rücken droht mir durchzubrechen» etc. hört man öfters genug klagen, wenn man den Patientinnen das Tragen des Corsettes untersagt hat.

Das Gleiche kann man ebenfalls in vielen Fällen, in denen man seine Zuflucht zu den im Handel befindlichen «Büstenhaltern» und «Reformcorsetts» genommen hatte und diese tragen liess, hören. Letztere wurden sogar in mehreren Fällen so perhorrescirt, dass die betreffenden Damen lieber wieder zu ihren alten schädlichen und unzweckmässigen Corsetts trotz aller Vorstellungen zurückkehrten.

Ich hatte nun seiner Zeit einen Unterleibshalter, den ich im vorigen Jahre auf dem Oberrheinischen Aerztetage demonstrirte, herstellen lassen. Diese Leibbinde ist, wie nebenstehende Abbildung zeigt, durch ein längliches Rückenstück, das in die Kreuzbeingegend zu liegen kommt, mit zwei elastischen Gurten festgehalten und wird dabei ein Hin- und Hergleiten vermieden, so dass die lästigen Schenkelriemen entbehrlich gemacht sind. Es lag der Gedanke sehr nahe, mit dem Rückenschilde dadurch, dass es zweckmässig nach oben verlängert wurde, nach vorn in der Brustgegend auch eine Art Büstenhalter zu verbinden, der das bisherige Corsett vollständig ersetzte und gleichzeitig den bei den übrigen Ersatzfabrikaten des Corsettes vermissten Halt im Rücken gewährte.

Das Rückenschild kann natürlich bei solchen Patientinnen, die keine Leibbinde nöthig haben, auch kürzer allein für den Büstenhalter angewendet werden und wurde ein solcher Ersatz des schädlichen Corsettes von Herrn Th. Lutz, Centralsanitätsbazar hier, unter dem Namen Oberleibshalter



in den Handel gebracht.

Dieser Oberleibshalter besteht, wie schon oben erwähnt, aus zwei verschiedenen Theilen:

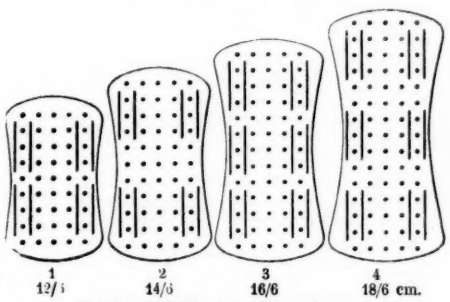
I. Der Vorder- oder Büstentheil.
II. Der Rückenhalter.

I. Der Vorder- oder Büstentheil.

Der Vorder- oder Büstentheil entspricht in seiner äussern Beschaffenheit genau dem Vordertheile eines Corsettes, mit dem es auch das weiche Material, das bei den bessern Systemen in Gebrauch ist, gemeinsam hat, aber in sofern abweicht, als es nur bis in die Gegend des Epigastriums reicht, also gleichsam mit dem untern Rand des Brustkorbes abschliesst. Dadurch wird natürlich jeder schädigende Druck auf die Magengegend und die Leibesform oder ein Herabdrängen der Leibesorgane, wie es bei den meisten Corsetten der Fall ist, absolut vermieden.

Der Büstentheil zerfällt in zwei Theile, die in der Mitte entweder schon fest vereinigt sind, oder mit Oesen und Schnürbändern zusammengehalten werden. Dieser Büstentheil wird an seitlich angebrachten Knöpfen vermittels elastischer Gurten mit dem Rückenhalter verbunden.

II. Der Rückenhalter.

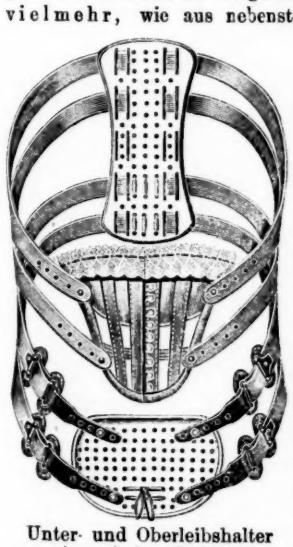


Rückenschilde für Erwachsene.

Dieser besteht aus der Rückenplatte von Celluloid oder sonst einem geeigneten Material, wie es auch bei dem Unterleibshalter in Gebrauch ist. Die Platte selbst, welche mit quadratisch angeordneten Löchern versehen ist, kommt in die Mitte des Rückens zwischen den Schulterblättern zu liegen. Die ihn mit dem Vordertheil verbindenden zwei oder auch mehrere Gurten besitzen ebenfalls quadratisch geordnete Löcher und werden auf diese Weise mit Schnüren an den Rückenplatten festgebunden.

Die Vorzüge dieser neuen Art von Corsett oder Büstenhalter vor den bisher gebräuchlichen Systemen sind sofort klar ersichtlich. Der Oberleibshalter erfüllt voll und ganz den von ihm geforderten Zweck, ohne auf der anderen Seite die Nachtheile des gewöhnlichen Corsetts zu besitzen. Er ermöglicht die freie Ausdehnung und Beweglichkeit des Brustkorbes, gibt gleichzeitig dem Oberkörper einen sicheren und festen Halt im Rücken und übt keinerlei Druck auf den Leib oder einen schädigenden Einfluss auf dessen Organe aus.

Der Oberleibshalter kann ferner ohne jegliche Beschwerde oder Unbequemlichkeit, wie oben schon ausgeführt, mit jeder Leibbinde zugleich getragen werden, kann vielmehr, wie aus nebenstehender Figur ersichtlich ist, mit dem von mir angegebenen Unterleibshalter zur grössern Bequemlichkeit leicht combinirt werden.



Unter- und Oberleibshalter von einem einzigen Rückenhalter gehalten.

Was die therapeutische Anwendung anlangt, so wird man dem Oberleibshalter vor allen Dingen den Vorzug geben bei allen im Wachsthum befindlichen Mädchen, die einen festen Halt im Rücken benöthigen, desgleichen bei allen Mädchen und Frauen mit erkrankten oder schwachen Brustorganen (Lungen- und auch Herzkranke), bei allen magen- und darmkranken weiblichen Personen, wie bei allen Denen, die aus irgend einer Veranlassung eine Leibbinde tragen müssen. Endlich kann er auch in den Fällen gute Dienste leisten, wo eine ungehinderte freie Beweglichkeit des Körpers erforderlich ist, nämlich bei allen gymnastischen Uebungen, Radfahren, Reiten, Rudern, Turnen etc.

Aus der I. medicinischen Abtheilung des neuen allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf (Oberarzt Dr. Gläser).

Casuistische Mittheilungen aus dem Gebiete der Neurologie.

Von Dr. *S. Werner*, Assistenzarzt.

(Schluss.)

III. Hemiplegien ohne anatomischen Befund.

Im Jahre 1893 veröffentlichte der Däne Jacobson[30]) eine verhältnissmässig grosse Reihe von Fällen von Hemiplegie ohne entsprechendes Herdleiden im Gehirn. Er vermehrte die 32 in der Literatur niederlegten Fälle um 6 Fälle eigener Beobachtung und unterzog dieses Material in monographischer Darstellung einer kritischen Bearbeitung. Sei es nun, dass derartige Fälle wirklich Seltenheiten sind, sei es, dass die Beobachter, da neue Gesichtspunkte nach den eingehenden Jacobson'schen Forschungen nicht aufzustellen sind, auf eine Publication ihres einschlägigen Materiales verzichteten, jedenfalls findet sich in der Literatur der letzten 5 Jahre seit dem Erscheinen der erwähnten Monographie keine neue Mittheilung einschlägiger Beobachtungen. Dieser Umstand rechtfertigt die kurze Publication der nachfolgenden Fälle:

Eine 85jährige Schleusenwärterswittwe, die bisher nie ernstlich krank gewesen, kommt Anfangs März 1898 wegen eines seit 5 Wochen bestehenden, mit rasch zunehmender Schwäche einhergehenden Ikterus in's Krankenhaus. Die auffallend gut conservirte Alte bietet einen exquisit citronenfarbenen Ikterus der Haut und Schleimhäute, von multiplen violetten Hauthaemorrhagien untermischt. Neben einer mässigen Gefässsklerose findet sich das Herz durch ein beträchtliches Lungenemphysem überlagert. Lautes schabendes systolisches Geräusch. Mässiges Unterschenkeloedem. Im Epigastrium fühlt man einen druckempfindlichen, hühnereigrossen Tumor, daneben am Rande der vergrösserten, den Rippenrand um 1½ Querfinger überragenden Leber multiple, runde Ausbuckelungen, besonders in der verlängerten Axillarlinie, letztere sind nicht druckempfindlich. Das Abdomen ist in toto spitz aufgetrieben. Diastase der Mm. recti. Kein Ascites. Kein Brechreiz. Keine Störungen der mechanischen Function des Magens. Keine Milzvergrösserung. Kein Hautjucken, keine Xanthopsie, keine Pulsverlangsamung. Stuhl nicht völlig entfärbt, doch arm an Gallenfarbstoff. Urin dunkelbraun, wie Kulmbacher Bier aussehend, enthält Spuren Eiweiss, keine renalen Elemente, gibt stark positive Gallenfarbstoffreaction. Doppelseitige Cataract. Patientin hat ein regelmässig remittirendes Fieber mit abendlichem Temperaturmaximum um 39,0°.

9. III. Fünfter Tag des Krankenhausaufenthaltes. Ikterus nicht verändert. Frische Hautblutungen am Rücken. Trockener Katarrh über den Lungen, in den hinteren unteren Lungenabschnitten feuchtes Rasseln, stellenweise unbestimmtes Athmen.

10. III. Leichte Ptosis des rechten Auges und deutliche Parese des rechten Facialis in den unteren Gebieten: herabhängender Mundwinkel, verstrichene Nasolabialfalte, erschwerte Mimik.

11. III. Häufige breiige, acholische Stühle. Sedes inscii. Leicht benommen. Puls unregelmässig, klein, weich.

Abends 11 Uhr verändertes Aussehen. Gespannter Puls. Apoplectisches Coma, Hemiplegia dextra: Schlaffe Lähmung der Extremitäten. Reflexe rechts erloschen. Links auf Nadelstiche und Kneifen noch Reflexzuckung, Reflexsehnen und Periost sehr herabgesetzt. Stertoröses Athmen. Keine Krämpfe.

12. III. Morgentemperatur 38,2°. Ausgebildetes Bild einer frischen Apoplexie oder Embolie. Nachts 1 Uhr Tod im Coma, 26 Stunden nach dem Auftreten des Insultes, 60 Stunden nach dem Constatiren der Facialisparese.

Aus dem Sectionsprotokoll sei hervorgehoben: Ikterus aller Organe. Multiple Hauthaemorrhagien. Einzelne Haemorrhagien auf beiden Pleuren. Herz von der Grösse der Leichenfaust. Hochgradige Schwielen im Myocard, besonders im linken Ventrikel. Getigertes Muskelfleisch im rechten Ventrikel. Insufficienz und geringe Stenose der Valvul. mitral. Uebrige Klappen schlussfähig. An den Valvulae mitralis et Aortae sklerotische Auflagerungen, zum Theil verkalkt, an der mittleren Aortenklappe sitzt ein doppelerbsengrosser, dem Nodulus Arantii angehörender, nach innen, d. h. gegen die Aorta hin gerichteter, verkalkter Atheromknoten. Aorta und deren Verzweigungen kolossal sklerosirt. Einlagerung von grossen Kalkplatten in die Intima und zahlreiche atheromatöse Wucherungen im Verlaufe der Gefässe; dadurch bedingte Sprödigkeit und Brüchigkeit der Wandungen.

In der emphysematösen Lunge vereinzelte bronchopneumonische Herde. Unter dem flügelförmig nach aussen und oben ragenden unteren Rippenrande liegt die Leber ca. 3 Finger breit vor. In der verlängerten Mammillarlinie befindet sich ein hühnerei-

---

[30]) Jacobson: Einige sonderbare Fälle von Hemiplegie ohne entsprechendes Herdleiden im Gehirn. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., IV. Bd., 1893, pag. 235.

grosser, mit der Bauchwand verwachsener, in Fett eingelagerter Knoten, der sich nach Trennung der Verwachsungen und nach dem Herausschälen aus dem umgebenden Fettgewebe als eine der krebsig erkrankten Gallenblase aufgelagerte carcinomatöse Lymphdrüse erweist. Im Duodenum ist gallig gefärbter Schleim. Der Magen ist völlig intact. Die Mündung des Ductus choledochus in's Duodenum ist frei. Durch den erweiterten, glatt durchgängigen Choledochus gelangt man in das enge Lumen der geschrumpften Gallenblase, in welche von unten her ein wallnussgrosses, oberflächlich mit einzelnen rothen Schleimhautfetzen ausgekleidetes, ziemlich weiches Carcinom raumbeengend ragt. Die Neubildung lässt den D. cysticus nicht mehr erkennen, wohingegen der D. hepaticus völlig frei erscheint. Auf Durchschnitten durch den Tumor zeigt sich, dass derselbe der Gallenblase allein angehört und sich noch nicht per continuitatem in die Leber fortgesetzt hat. Die Leber ist ikterisch, enthält viel Fett. Volum nicht vermehrt. Läppchenzeichnung ist erhalten. Keine Bindegewebsvermehrung. Glatte Ränder; Schnürlappen sehr ausgeprägt.

Arteriosklerotische Schrumpfnieren.

Kopfsection: Basisgefässe atheromatös, überall durchgängig, keine Embolien, keine miliaren Aneurysmen.

Dura dem Knochen fest adhaerent, weiche Häute leicht abziehbar. Sehr gut ausgebildete Windungen und Furchen. Keine Verschmälerung der Rinde. Hirnsubstanz beiderseits gleich blut- und saftreich, völlig herdfrei. Nirgends capilläre Embolien oder besonders deutliche Blutpunkte nachweisbar.

Die Diagnose lautete in viva: Carcinom des Pylorus? Lebermetastasen, Arteriosklerosis, Emphysema pulmonum, agonale, lobuläre Lungeninfiltrate. Tod an Apoplexia oder Embolia cerebri. Das remittirende Fieber liess auch an die Möglichkeit einer Cholangitis suppurativa denken, oder an das Bestehen einer Endocarditis, in deren Gefolge es zu einer Hirnembolie gekommen sei.

Die Section ergab zunächst den auffallenden Befund des völligen Intactseins der Hirnsubstanz. Das schabende Herzgeräusch erweist sich durch die Obduction als durch Arteriosklerose bedingt. Sein Entstehungsort ist wohl ebenso die Aortenklappe, wie die Valvula mitralis, die insufficient und nur für etwa 1 1/2 Finger durchgängig war.

Der Palpationsbefund im Abdomen erklärt sich so, dass die als Pylorustumor imponirende Resistenz der linke Leberlappen war, während die «Leberbuckel» einem weit hervorragenden Schnürlappen und der beschriebenen Verwachsung entsprechen. Auffallend ist der Befund von Galle im Duodenum und die völlig freie Communication des Hepaticus mit dem Choledochus. Vielleicht ragte der Gallenblasentumor zeitweise in das Lumen des Choledochus und bedingte so die Stauung, oder der Ikterus entstand dadurch, dass vor Zeiten, vielleicht zu Beginn der Erkrankung, ein Gallenstein das Lumen verlegte, der später durch den Druck der nachströmenden Galle passirte. Hiefür dürfte die mässige Erweiterung des Choledochus sprechen. Dagegen ist das Fehlen jeglicher Kolikschmerzen zur Zeit des Einsetzens des Ikterus zu bemerken. Ob das Fieber durch den Befund von bronchopneumonischen Herden in den Lungen genügend erklärt wird, muss dahingestellt bleiben.

Nach dem bekannten Gesetz von der Duplicität der Fälle hatten wir vor Kurzem nochmals Gelegenheit, einen ähnlichen Fall zu beobachten, wenn ich auch vorausschicken muss, dass in diesem Falle der Obductionsbefund nicht ganz rein erscheint.

Es handelt sich um eine ca. 80 Jahre alte Frau, die nach 14tägiger Beobachtung im Krankenhause starb und zur Obduction kam. Die Anamnese war von der etwas dementen, marantischen Patientin nur ungenau zu erheben. Seit längerer Zeit will sie bereits gelähmt sein.

Die Frau bot bei der Aufnahme neben einem Carcinom des rechten Ovariums, das als grosser, fest am Promontorium aufsitzender Tumor imponirte, und einem Diabetes mellitus das ausgesprochene Bild einer rechtsseitigen Hemiparese. Besonders deutlich ist die Schwäche im R. unteren Facialisgebiet, die Zunge weicht nach R. ab, die R. Lidspalte ist enger als die L., leichte Ptosis R. Der Levator palpebrae dextr. ist schwächer als der L. Der R. Mundwinkel hängt herab, die Nasolabialfalte ist verstrichen. Träge Reaction der Pupillen auf Licht (beiderseits Cataract), sehr prompt auf Accomodation. Extremitätenparese R. deutlich, im Arm ausgeprägter als im Beine. Starke Gefässsklerose, hüpfender Puls an den Schenkelarterien.

Der Krankheitsverlauf bietet nichts für unseren Zweck Bemerkenswerthes. Die Carcinomcachexie und die bis zu 30 g pro die betragende Zuckerausscheidung mit dem Harne beherrschten das Krankheitsbild.

Nach 14 Tagen stellte sich eine Thrombose der rechten Vena cruralis mit rasch zunehmendem Stauungsoedem des Beins ein, Patientin fieberte mässig, die Hemiplegie wurde viel deutlicher, dabei sertoröses Athmen, träge Pupillarreaction auf Licht. Cheyne-Stokes'sches Athmen. Exitus im apoplectischen Coma.

Die Diagnose wurde auf Diabetes, Ovarialcarcinom, Arteriosklerosis, Myocarditis, alte Apoplexie mit frischem Nachschub gestellt.

Die Section bestätigte die Annahme eines malignen Ovarialtumors (mikroskopisch als Carcinom bestätigt) mit zahlreichen Metastasen in den Lymphdrüsen, in der Lunge und im 3. Lumbalwirbelkörper.

Von Interesse ist der Befund an den Gefässen. Hochgradiges Atherom und Sklerose der Aorta, atheromatöse Wucherung an der Klappenwand, während die Klappenzipfel frei sind. Bedeutende Kalkeinlagerung in die Media der Aorta und deren Verzweigungen. Die Halsgefässe entspringen einzeln aus der Aorta, also 4 Abgänge, statt 3. Starke Verkalkung der Coronargefässe, deren Lumen jedoch überall durchgängig ist. Dementsprechend ist auch das Myocard herdfrei, zeigt nur in beiden Ventrikeln fettige Degeneration mässigen Grades. Die Sklerose betrifft auch die Aorta abdominalis und deren untere Verzweigungen, nicht die Milz- und die Nierengefässe. Auch die Art. radiales sind frei von sklerotischen Processen. Starke Sklerose der Gefässe der Hirnbasis. Das Schädeldach ist sehr dicht, schwer, massiv. In beiden Seitenventrikeln zeigen die Plexus chorioidei eine bedeutende Cystenentwickelung, von denen die grösseren einen trüben, nekrotisch-schleimigen, schwer schneidbaren Inhalt zeigen. Die Blutvertheilung lässt in der weder besonders oedematösen noch sehr weichen Hirnsubstanz keine Differenzen der beiden Hemisphären zu einander erkennen. In der weissen Substanz findet sich L. zwischen Nucleus lentiformis und Capsula externa eine bohnengrosse Encephalomalacie. Sonst ist die Hirnsubstanz absolut herdfrei.

Auch in diesem Falle lässt sich die in viva beobachtete ausgesprochene Hemiplegie durch den bei der Section erhobenen Befund nicht genügend erklären. Denn der letzterwähnte, kleine Erweichungsherd genügt weder seiner Ausdehnung noch seiner topographischen Lage nach, um die hemiplegischen Erscheinungen zu rechtfertigen. Man wird daher wohl nicht fehlgehen, wenn man auch diesen Fall der von Jacobson abgehandelten Gruppe zurechnet.

Mit Jacobson's Angaben stimmen unsere beiden Fälle gut überein. Es handelt sich in beiden Fällen um alte Individuen, um bedeutende sklerotische Gefässveränderung, von der in Sonderheit auch die Hirngefässe betroffen waren, und um verhältnissmässig kurz vor dem Tode aufgetretene Lähmungen. Wie lange vor der Krankenhausaufnahme in unserem zweiten Falle die Lähmung bestand, liess sich, wie erwähnt, nicht feststellen, doch scheint mir bei dem hilflosen Zustande, in welchem die Patientin in's Krankenhaus gebracht wurde, es wahrscheinlich, dass erst das Auftreten der Lähmungserscheinungen und die damit vermehrte Pflegebedürftigkeit die Angehörigen der Kranken veranlasst haben mag, die Transferirung in's Hospital vorzunehmen. Die in dieser Richtung angestellten Recherchen waren ergebnisslos.

Wie derartige Hemiplegien zu Stande kommen, sucht J. dadurch zu erklären, dass er Kreislaufveränderungen, locale Blutfülle oder ungleiche Vertheilung des Blutdruckes in den beiden Hemisphären, annimmt, die sich post mortem wieder ausgleichen und anatomisch nicht nachweisbar bleiben.

Einen dritten hierhergehörigen Fall hatte ich vor Kurzem zu seciren Gelegenheit. Derselbe unterscheidet sich von den vorstehenden durch das Fehlen von ausgesprochenen arterisklerotischen Veränderungen. Die Krankengeschichte, für deren Ueberlassung ich Herrn Dr. Scholz zu Dank verpflichtet bin, folgt im Auszuge:

64jähriger Jollenführer, mässiger Potator. In der Jugend Lungenentzündung. Aufgenommen: 26. April wegen Kurzluftigkeit und Oedemen an den Beinen. Es fand sich bei dem schlecht genährten Manne ein geringes Emphysem, eine Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts und links, Herzinsufficienz, ferner eine harte, tiefliegende, druckempfindliche Leber. Die Pupillarreflexe waren normal, die Prüfung der Patellarreflexe wegen der starken Oedeme nicht einwandsfrei. Durch Digitoxin hob sich die Herzkraft und die Diurese nahm derart zu, dass Patient am 8. Mai nach einer Gewichtsabnahme von 14 kg, mit gutem, kräftigem Pulse das Bett verlassen konnte. In den nächsten Tagen zeigte sich an den Füssen wieder leichtes Oedem. 14. V. Patient, der sonst ganz munter gewesen ist, wird gegen Mittag schweigsam, müde, legt sich zu Bett, steigt aber öfter wieder heraus. Abends reagirt er auf Anrufen nicht mehr. Abendtemperatur 36,2°. Im Urin bisher niemals Albumen.

15. V. Temp. 39,8°. Totale schlaffe Lähmung des rechten Facialis mit Freibleiben des Stirnastes, des rechten Armes und Beines. Triceps- und Patellarsehnenreflexe erhalten, beiderseits gleich. Pupillen mittelweit, reactionslos. Sensorium gänzlich benommen. Stuhl und Urin in's Bett. Puls 104, stark gespannt, voll.

16. V. Continua um 39,0°. Pulsfrequenz steigt bis 136. Albuminurie. Lungenoedem. Tod im apoplektischen Coma 6 Uhr Abends.

Die Section ergab eine totale Obliteration der linken Pleura und flächenhafte Verwachsungen des rechten Unterlappens mit der Zwerchfellkuppe und der hinteren Brustwand. Dadurch bedingtes hochgradiges vicariirendes Emphysem mit Tiefstand des Zwerchfells im 6. I.C.R. Im linken Unterlappen einige cylindrische Bronchiektasen mässigen Calibers. Starkes Lungenoedem. Das Herz bietet das Bild einer kolossalen Hypertrophie, wesentlich auf Kosten des rechten Ventrikels, dessen Wand beinahe die sonst am linken Ventrikel zu constatirende Dicke erreicht. Aber auch der linke Ventrikel zeigt eine recht bedeutende Hypertrophie, an der sich nur die Herzspitze nicht betheiligt. Nach der Mitte der Herzkammer hin nimmt die Wanddicke zu. Durch das Endocard der Papillarmuskeln des linken Ventrikels scheinen einzelne oberflächlich gelegene Verfettungen in herdweiser Anordnung durch, das Myocard ist im Uebrigen derb, braunroth und völlig herdfrei. Die Coronargefässe bieten keine Veränderungen. Der Klappenapparat functionirt in gehöriger Weise. In der Intima der Aorta einzelne herdförmige Trübungen von geringer Ausdehnung. Stauungskatarrh der Magenschleimhaut. Andeutung von Muscatnusszeichnung der Leber, deren Oberfläche leicht gerunzelt ist. Beide Nieren von gehöriger Grösse, Kapsel leicht abziehbar. An der Oberfläche einige kleine Narben. Rinde etwas getrübt, vom Mark undeutlich unterschieden. Die Glomeruli treten sehr deutlich über die Schnittfläche vor.

Das Gehirn bietet weder vermehrte Blutfülle, noch Oedem. Weiche Häute, gut abziehbar. Kein subdurales Haematom oder sonst irgend welcher pathologischer Befund an den Hirnhäuten. Die Basisgefässe sind nicht atheromatös, nur die Lumina der beiden Carotiden klaffen und an einer stecknadelkopfgrossen Stelle des Ramus communicans post. sin. findet sich eine circuläre gelbliche Gefässverdickung. Die beiderseitigen Art. fossae Sylvii durchweg durchgängig, zart, nicht thrombosirt. Beide Hirnhemisphären bieten die gleiche Consistenz, die Hirnwindungen nirgends abgeplattet, überall gut ausgeprägt. Die genaueste Durchmusterung des ganzen Hirnparenchyms lässt nirgends einen frischeren oder älteren Herd erkennen. Die Ventrikel sind nicht dilatirt, ihr Ependym nicht granulirt.

Um dem Einwande zu begegnen, dass der Kranke uraemisch zu Grunde gegangen sei, was allerdings schon aus dem klinischen Verlaufe unwahrscheinlich war, wurden die Nieren einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen. Doppelmesserschnitte und Gefrierschnitte aus dem frischen Organ ergaben normale Bilder. Auch die Prüfung auf fettige Degeneration mit Sudanfärbung ergab hierfür keine Anhaltspunkte. In Schnitten nach Formalin-Alkoholconservirung und Färbung mit Haematoxylin-Eosin und nach v. Gieson zeigte sich nur an einzelnen Bezirken, den makroskopisch schon als leicht eingezogene Narben erkennbaren Stellen entsprechend, eine unwesentliche Hypertrophie des interstitiellen Gewebes. Das Parenchym der Rinde sowohl wie des Marks erwies sich als normal. Die in den Schnitten getroffenen Gefässe boten keine wesentliche Abnormität. Das Epithel der gewundenen und geraden Harncanälchen war gut erhalten, nicht desquamirt, bot keine Plasmolyse.

Wir haben also auch in diesem Falle eine ca. 30 Stunden lang zu beobachtende, geradezu typisch verlaufende Hemiplegie, für die ein Befund im Centralnervensystem vollständig fehte. Ein Mangel hochgradiger Gefässerkrankung, wie sie die beiden ersten und die bisher publicirten Fälle aufweisen, zeichnet diesen Fall aus. Angesichts des erhobenen Herzbefundes und der davon abhängigen Circulationsstörung lässt sich aber auch dieser Fall durch die Jacobson'sche Hypothese erklären.

IV. Zwei Fälle von primärer, combinirter Systemerkrankung des Rückenmarks.

Das nachfolgende Krankheitsbild betrifft eine 55jährige Musikerswittwe.

Aus der Vorgeschichte interessirt ein 3wöchentlicher Aufenthalt in der Irrenanstalt Friedrichsberg im Jahre 1887. Die damals gestellte Diagnose lautete: Melancholia hysterica. Die früher gesunde, nicht belastete Frau war kurz vor der Aufnahme trübsinnig geworden, sprach sehr wenig, wurde besonders gegen Abend plötzlich unruhig und ängstlich, hatte «schlechte Bilder», vernachlässigte sich und den Hausstand, glaubte, dass der Mann sich aufhängen wollte und dass die ganze Familie an Diphtheritis erkrankt sei, bekam zuweilen Zittern in den Beinen und machte eigenthümlich glucksende Töne. In Friedrichsberg wurde eine ganze Reihe derartiger hysterischer Ungezogenheiten (Globus, Schnalzen bei der Unterhaltung, Tremor der Beine) neben einer mässigen Gemüthsdepression constatirt. Patellarreflexe gesteigert. Sensibilität intact, enge, gleiche und gut reagirende Pupillen.

In den folgenden 10 Jahren war Patientin dauernd gesund, dann suchte sie am 6. XII. 1897 das Krankenhaus auf wegen seit 4 Wochen bestehender heftiger Schmerzen beim Auftreten, Gehen und Stehen in den Beinen, hauptsächlich im linken, als ob unterhalb des Knies ein Ring das Bein einschnürte. Die Untersuchung ergab für diese und ähnliche Paraesthesien keinen objectiven Befund. Sensibilität für alle Empfindungsqualitäten intact, Haut und Sehnenreflexe beiderseits gleich, lebhaft. Sehr auffallend ist der Gang: Patientin taumelt beim Verlassen des Bettes, fällt aber nicht hin, sie geht mit aufwärts gerichteten Fussspitzen, saltando, oft torkelnd, hin und her schwankend, ohne zu fallen. Dabei ist sie im Stande, auf einem Fuss zu stehen. Kein Romberg. Keine nachweisbare Ataxie. Daneben bietet Patientin allerlei hysterische Stigmata: Ovarie, Spinalirritation, Dermatographismus, leichte psychische Beeinflussbarkeit, geringe Gesichtsfeldeinschränkung, so dass es nahe lag, besonders, als sich unter entsprechender Behandlung (Wachsuggestion, Faradisation) eine sehr rasche Besserung des Ganges einstellte, an ein functionelles Leiden zu denken. Zweifel an diese Diagnose mussten uns aber schon damals auffallen, als die von Anfang an sehr anaemische Patientin, die ihrer Entlassung auf eigenen Wunsch entgegen sah, eines Vormittags plötzlich ohnmächtig wurde und danach sehr elend und verfallen aussah. Neben Schlaflosigkeit bestanden die schmerzhaften Sensationen fort, der Gang war noch immer etwas schlapp und matt, aber ohne Schwanken und andere auffallende Erscheinungen. Ausser dem blassen, leidenden Aussehen war kein objectiver Befund zu erheben, als Patientin nach 7wöchigem Aufenthalt das Krankenhaus verliess.

4 Wochen später. Mitte Februar 1898 — wurde Patientin wegen einer Fractura malleoli ext. dext. in ein anderes hiesiges Krankenhaus aufgenommen. Nach Heilung derselben stellte sich die Unmöglichkeit, zu stehen und zu gehen heraus. Atrophie zunächst des linken, später des rechten Beines. Im April traten dann leichte Schmerzen in den unteren Extremitäten auf, Schwindel und Kopfschmerz. Sensibilität in allen Qualitäten ungestört, E.A.R. nicht nachweisbar. Im Mai trat erst zeitweilig, später beständige Incontinentia urinae et alvi auf (?). Die Schwäche in den Beinen nahm einen solchen Grad an, dass Patientin auch mit Unterstützung nicht stehen konnte Seit Mitte Juni starke Unruhe, Delirien und Schlaflosigkeit, die die Verlegung in's Eppendorfer Krankenhaus veranlassten. Seit etwa 8 Tagen sollen sich Decubitusgeschwüre entwickelt haben.

Status praesens: 4. Juli 1898. Patientin macht bei der Aufnahme einen sehr schweren, verwahrlosten Eindruck. Bei schlechtem Ernährungszustande, fahlem Aussehen, blutleeren Schleimhäuten zeigt sie subnormale Temperatur, kleinen, sehr frequenten Puls, beträchtliches Oedem der Unterschenkel und eine Unzahl Decubitusveränderungen in allen Graden.

Sie liegt mit flectirten, nach oben gezogenen Beinen auf der rechten Körperhälfte, die Knie liegen nach links. Ueber den Nates, am Kreuz, After und in der Vulva bestehen tiefe, brandige Decubitus III. Grades in sehr grosser Ausdehnung. An den Knieen, im Verlauf der Oberschenkel, an den Knöcheln, kurz, wo ein Druck der Extremitäten auf einander, auf die Unterlage und durch die Bettdecke stattfindet, finden sich zahlreiche kleinere und grössere Decubitusveränderungen von leichter Hyperaemie der Haut, heiss sich anfühlender Röthung bis zu Blasenbildung, bis zu oberflächlicher Hautulceration, bis zu tiefen mit schwarzen Gangraenborken besetzten Hautzerstörungen.

Es besteht Harnträufeln, die Gegend des Afters ist mit einer dicken Lage angetrockneten Kothes bedeckt. Nach einem Bade und nach entsprechender Reinigung werden die Hautzerstörungen feucht verbunden.

Die Extremitäten sind kühl. Das blasse Gesicht der Patientin ist feucht, mit Schweiss bedeckt. Sie macht einen ungemein schweren Krankheitseindruck. Auch an den unteren Theilen des Abdomens besteht leichtes Anasarka.

Das Sensorium der Patientin ist abwechselnd frei und leicht benommen. Sie erkennt Referenten, weiss seinen Namen, hält die Schwester indess für eine Wärterin des anderen Krankenhauses, in dem sie sich noch zu befinden glaubt. Zeitweise ist sie indess so klar, dass sie ganz präcise Angaben bei der Untersuchung macht. Sie ermüdet aber rasch und ist wegen der bedeutenden Schmerzen, die zum Theil wohl auf den Decubitus zu beziehen sind, zum Theil spinalen Veränderungen ihre Entstehung verdanken, nicht leicht zu untersuchen.

Kopf: kann ohne Schmerzen bewegt werden. Klopfempfindlichkeit gering. Kein Kopfschmerz. Pupillen reagiren, die R. nicht ganz so prompt, wie die L. Beide sind ziemlich eng. Augenhintergrund normal. Kein Nystagmus. Keine Facialisparese. Keine Hypoglossusaffection. Ueberhaupt von Seiten der Hirnnerven keine Erscheinungen.

Sprachstörungen: Eigenthümlich schleppende Sprache, nicht eigentlich scandirend, monoton, weinerlich. Wirbelsäule nicht besonders druckempfindlich. Dreh- und Beinbeugungen ohne Schmerzen. Bei Schlag auf den Kopf keine Schmerzensäusserung. Obere Extremität: Musculatur nicht atrophisch. Es bestehen

an Intensität sehr wechselnde Spasmen. Die motorische Kraft ist mittelgut. Schon in der Ruhe fallen athetoide Bewegungen der Finger auf, die bei intendirten Bewegungen noch deutlicher werden, groteske, extravagante Stellungen und Bewegungen zur Folge haben. Es besteht bedeutende Ataxie und fast völliges Fehlen des Lagegefühls. So ist Patientin z. B. nicht im Stande, einen Bleistift festzuhalten. Patientin steckt sich den Bleistift mit der L. Hand zwischen die Finger der R. Hand. Er rutscht dann aber rasch aus, nur nach mannigfachen verzweifelten Versuchen und Anstrengungen gelingt es Patientin, den Bleistift zwischen den II. und III. Finger zu klemmen bei zur Faust geballter Hand, und in dieser Stellung ihren Namen, allerdings kaum leserlich, zu schreiben. Trinkgefässe lässt Patientin fallen oder giesst einen Theil des Inhalts aus. Der Tricepsreflex ist entschieden gesteigert.

Untere Extremitäten liegen in der oben beschriebenen Lage. Hier bestehen die gleichen, an Intensität wechselnden Spasmen. Die Musculatur sieht aber starrer und rigider aus, als sie bei genauer Prüfung ist. Patientin ist nicht im Stande, selbständig das Bein im Knie zu flectiren oder zu strecken. Nur die Zehen beugt sie in normaler Weise. Plantarreflex beiderseits vorhanden. Patellarreflexe nicht auslösbar wegen der spastischen Contractur. Lagegefühl auch hier sehr gestört. Achillesklonus fehlt.

Sensibilität: An Armen, Beinen und Rumpf auf leichte Berührung (Pinsel, leichter Fingerdruck) keine Reaction. Bei festerem Anfassen prompte Angabe. Schmerzempfindung zeitweise etwas verlangsamt, meist aber prompte Reaction. Keine Thermanaesthesie. In den Fingern gibt Patientin spontan Gefühl von Taubheit, Abgestorbensein, Kribbeln, Ameisenlaufen an. «Sie müssen mich überall kräftig berühren, sonst fühle ich Nichts».

Sphincteren: intact! Das Harnträufeln ist als Ischuria paradoxa anzusehen. Die Blase enthält bei Katheterentnahme 2200 ccm! eines indigoroth und Spuren Alb. enthaltenden Urins. Es besteht nur eine leichte Incontinentia alvi, insofern, als Patientin ansagt, sie müsse das Becken benutzen. Bevor die Hilfereichung geschehen kann, geht ganz wenig Koth in's Bett, die reichliche Stuhlentleerung geht in's Becken

Psychisch: abgesehen von der mässigen Desorientirtheit am Tage, bestehen Nachts mit Schreiparoxysmen (Schmerzen!) verbundene Delirien, in welchen Patientin auch hallucinirt: Sie sieht das Zimmer voller Dampf, glaubt sich von Verfolgern umgeben, im Nebenraum sind allerlei Gestalten, die sie ängstigen, sie klagt laut und stört die andern Kranken, so dass sie isolirt werden muss.

Ordination: Narkotica.

6. 7. 1898. Schläft nur nach grossen Dosen Chloralamid und Morphium. Puls sehr frequent, klein. Decubitus sieht bereits besser aus. Schmerzen scheinen etwas weniger.

Patient beklagt sich wegen Langerweile über die Isolirung. Keine Incontinenz. Urin per Katheter: 900 ccm, Indigo-rosa und Spuren Alb. enthaltend. Keine Toxelemente.

8. VII. Andeutung von Nystagmus horizontalis in den Endstellungen des linken Auges. Keine Delirien und Hallucinationen mehr.

12. VII. Trotz grosser Morphiumdosen schlaflose, von Schreiparoxysmen unterbrochene Nächte

Zunahme der Oedeme der unteren Extremitäten. Die Decubitusgeschwüre unverändert. Keine Delirien mehr.

Indicanurie. Albuminurie. Cystitis.

Ab und zu Nystagmus horizont. in den Endstellungen des linken Auges.

14. VII. Uebertragung in's Wasserbett.

22. VIII. Patientin hat sich im Wasserbett verhältnissmässig wohl gefühlt und entschieden weniger Schmerzen empfunden, als bei Bettlage.

Auch die Decubitusgeschwüre sehen um Vieles besser aus; die kleineren haben sich rasch gereinigt und beginnen durch Granulationen vom Rande her zu heilen; die grösseren, deren Tiefenzunahme durch Nichts zu verhindern war, reinigten sich gleichfalls: grosse gangraenöse Fetzen stiessen sich ab oder liessen sich mit Scheere und Pincette schmerzlos, und ohne dass im morschen Gewebe eine Blutung eintrat, entfernen. Doch finden sich an den tieferen Stellen der grossen bis auf die Muscularis, ja bis auf die Gelenkkapsel reichenden Geschwüre noch immer Recessus, die mit gangraenescirten Eitermassen angefüllt sind.

Die Retentio urinae und die Cystitis wurden durch täglich einmalige Harnabnahme per Katheter und Blasenausspülung mit Borsäure und Aehnlichem behandelt. Der Urin war stets alkalisch, in ammoniakalischer Gährung, das mikroskopische Sediment entsprach der Cystitis purulenta. In den letzten Tagen entleerte sich ein beträchtliches Quantum von Blut aus den Harnwegen.

Ob Patientin während des Tages unter sich liess, war nicht zu constatiren. Nachts wurde dies nur einmal (20. VIII) beobachtet; doch ist dabei zu betonen, dass Patientin bereits den Eindruck einer Moribunden machte.

Der Status bot keine wesentlichen Veränderungen. Die spastische Paraplegie der unteren Extremitäten war die gleiche. Die Lage der Beine (Contractur, im Knie gebeugt, an den Rumpf angezogen), entsprach der Stellung bei Querschnittmyelitis. Die athetoiden Beugungen der Finger (Ausdruck der Gefühlsanomalie?) waren nicht mehr so deutlich. Die Motilität der oberen Extremitäten war nicht behindert. Nystagmus horizontalis in den Endstellungen wurde gelegentlich constatirt, dann wieder vermisst (desgleichen leichte Pupillendifferenz R > L.).

6¾ Uhr Abends nach kurzer Agone Exitus letalis.

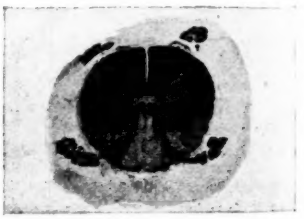
Die Section ergab: Zahlreiche Decubitusveränderungen II. bis III. Grades, schwere, diphtherische aufsteigende Entzündung des uropoetischen Apparates, mässige braune Atrophie des Herzens, das nicht gelblich gesprenkelt ist. Keine für perniciöse Anaemie sprechenden Befunde, Knochenmark intact (keine Schwefelammonreaction der Leber, keine Augenhintergrundsveränderungen). Der übrige Organbefund ergab keine wesentlichen pathologischen Befunde.

Das Gehirn erwies sich als herdfrei, die Hirn- und Rückenmarkshäute boten normale Verhältnisse, nirgends Verdickungen oder entzündliche Vorgänge.

Die Consistenz des Rückenmarks ist eine sehr weiche, die Schnittfläche quillt über, dementsprechend ist die Zeichnung im frischen Präparat stellenweise schwer erkennbar. Dieser Befund ist verursacht durch zahlreiche theils gelblich, theils grauröthlich erscheinende Herde. Im Halsmark betreffen dieselben vornehmlich die Goll'schen und die Seitenstränge. Die tieferen Rückenmarksquerschnitte lassen fleckige, gelbliche Degenerationen bald deutlicher in den Hintersträngen, bald vornehmlich in den Seitensträngen erkennen. In den Hintersträngen scheinen die hinteren äusseren und die Lissauer'schen Felder frei zu sein. Das Gebiet der Vorderstränge erscheint durchweg rein weiss.

Das Rückenmark wurde in Müller'scher Flüssigkeit, danach in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet, geschnitten und sowohl mit Kernfärbe- wie mit Markscheidenfärbungsmethoden behandelt.

Auf eine genaue Beschreibung des histologischen Bildes jedes einzelnen Querschnittes kann ich verzichten. Es ergab sich das bekannte, oft beschriebene Bild einer combinirten Systemerkrankung. Das mikroskopische Ergebniss meiner Untersuchung deckt sich genauestens mit den von anderen Autoren — ich erwähne z. B. eine der jüngsten Publicationen über diesen Gegenstand von J. Wagner (Zwei Fälle von primärer, combinirter Strangerkrankung des Rückenmarks. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XI, 1897) ausführlich skizzirten Bildern. Die beifolgenden photographischen Reproductionen meiner Schnitte lassen diese Uebereinstimmung gut erkennen.



Die Erkrankung der Hinterstränge lässt sich vom obersten Halsmark bis hinab in das Lendenmark verfolgen. Total degenerirt erscheinen die Goll'schen Stränge, doch erscheinen die dem Centralcanal zunächst gelegenen Fasern an der mittleren Commissur auf Schnitten durch die tieferen Rückenmarks-Abschnitte immer weniger erkrankt. Die Erkrankung der Burdach'schen Stränge nimmt gleichfalls an Intensität von oben nach unten ab. Im Lendenmark sind nur die den Goll'schen Strängen benachbarten Partien noch degenerirt. Ueberall sind die Lissauer'schen Felder frei von Degeneration und auch die hintere Wurzel-

zone erweist sich als intact. Neben dieser Hinterstrangaffection weist das Seitenstrangsystem hochgradige sklerotische Veränderungen auf. Die Componenten des Seitenstranges — Kleinhirn und Pyramidenbahnen und die Seitenstranggrundbündel — sind in fast ganzer Längsausdehnung des Rückenmarks degenerirt. Besonders deutlich heben sich die degenerirten Gowers'schen Bündel ab. Im Uebrigen erscheinen die peripher gelegenen Theile auf den Bildern heller. Der Pyramidenseitenstrang ist im Dorsalmark am meisten geschädigt, während die Ausdehnung des Degenerationsprocesses nach oben und unten hin geringer erscheint. Die Schädigung dieser langen Bahnen ist durchaus symmetrisch und ist auf die betreffenden Fasersysteme scharf begrenzt. Keine oder nur unwesentliche (in Marchipräparaten) Degenerationen finden sich im Vorderstrange. Nirgends zeigt die graue Substanz abnorme Verhältnisse.

Ein zweiter, ähnlich verlaufender Fall ist mir von Herrn Dr. Müller zur Publication gütigst überlassen. Derselbe wurde auf der Abtheilung des Herrn Director Rumpf ein Vierteljahr lang beobachtet. Die wesentlichsten Punkte der Krankengeschichte sind die folgenden:

55jährige Frau. Keine Krankheiten in früheren Jahren, insonderheit keine Lues. Beginn des Leidens vor 2 Jahren mit Paraesthesien, Schwäche- und Spannungsgefühl in den Beinen. Dann Sphincterenstörungen und geringe Ataxie.

Bei der Aufnahme, die wegen Emphysem und Bronchitis erfolgte, bot die elende, anaemische Frau spastische Paresen in den Beinen, atactisch paretischen Gang, deutliches Romberg'sches Symptom, Steigerung der tiefen Reflexe an den unteren Extremitäten, keine Sensibilitätsstörungen, bis auf eine Herabsetzung der Reaction auf feinste tactile Reize am linken Fusse, keine oculopupillären Phänomene. 4 Wochen später wurden Gürtelgefühl und bisweilen lancinirende Schmerzen, deutliche Störung des Lagegefühls constatirt. In der Folge machte die Erhöhung der Sehnenreflexe einer deutlichen Abschwächung und schliesslichem Ausfall derselben Platz. Es traten gastrische Krisen auf, so dass die Diagnose auf atypische Form der Tabes gestellt wurde. Die bereits bei der Aufnahme constatirte Anaemie hatte bei der Zunahme der Kachexie der Kranken erheblich gewonnen. Die Kranke erlag einer rasch verlaufenden Pleuro-Pneumonie des rechten Unterlappens.

Die Section ergab die Zeichen einer schweren secundären Anaemie, aber nicht den für perniciöse Anaemien typischen Befund, die auch nach den intra vitam erhaltenen Ergebnissen der Blutmikroskopie auszuschliessen war. Die Herzmusculatur war getigert, Leber und Nieren gaben Eisenreaction, hingegen war der Befund an Milz, Retina und Knochenmark durchaus normal. Im Rückenmark imponirten schon makroskopisch die Hinterstränge und peripheren Theile der Seitenstränge als grau-gelbe Degenerationen. Die mikroskopische Untersuchung (Weigert-Pal-, Gieson-, Carmin-Präparate) ergab eine symmetrische ausgedehnte Degeneration der Hinterstränge, vornehmlich der Goll'schen Stränge mit Freibleiben der Lissauer'schen Zonen und der hinteren, äusseren Wurzelfelder, daneben aber eine Sklerose der Kleinhirnseitenstränge in ihrem ganzen Verlauf.

Die beigegebenen Photogramme von Hals- und Lendenmarkquerschnitt illustriren den Befund genügend. Gegen die Annahme, dass es sich im vorliegenden Falle um eine Tabes mit complicirender Seitenstrangerkrankung gehandelt hat, spricht die vorwiegend auf die oberen Rückenmarksabschnitte begrenzte, nach unten zu an Intensität abnehmende Hinterstrangdegeneration, und vor Allem der Umstand, dass die hinteren Wurzeln ebenso wie die Lissauer'sche Randzone von dem sklerosirenden Processe durchweg verschont sind. Endlich erkranken nachgewiesener Maassen in derartigen Tabesfällen die Seitenstränge erst nach der Degeneration der Hinterstränge, während aus dem klinischen Verlaufe hervorzugehen scheint, dass die Affection der Seitenstränge im vorliegenden Falle Anfangs im Vordergrunde stand (Verhalten der Reflexe: Steigerung!), während die Hinterstrangsklerose erst später den Reflexausfall bedingte. Die Unterschiede dieses Befundes gegenüber den bei perniciöser Anaemie vorkommenden Bildern hat bereits Nonne (Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. XIV, 1899, pag. 240) betont.

Es unterliegt daher wohl keinem Zweifel, dass es sich in beiden vorstehend skizzirten Fällen um reine Fälle von «combinirter Strangerkrankung», jenem von Kahler und Pick 1878 zuerst genauer beschriebenen und anatomisch untersuchten Krankheitsbilde, gehandelt hat. Das symmetrische und gleichzeitige Degeneriren verschiedener, functionell und anatomisch nicht zusammengehöriger spinaler Faserbahnen zeichnet diese Gruppe von Rückenmarksleiden aus.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Dr. Gläser, für die freundliche Ueberlassung dieser Fälle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen, ist mir eine angenehme Pflicht.

Referate und Bücheranzeigen.

Graefe-Saemisch: Handbuch der gesammten Augenheilkunde. II. neubearbeitete Auflage. Leipzig. Wilhelm Engelmann. 9—13. Lieferung. Subscriptionspreis der einzelnen Lieferung 2 Mk. Einzelpreis 3 Mk.

Die 9. Lieferung dieses hochbedeutenden Sammelwerkes bringt den Schluss der Geschichte der Augenheilkunde im Alterthum, welche von Hirschberg, dem sprach- und länderkundigen Geschichtsforscher, in meisterhafter Sprache dargestellt ist.

In derselben Lieferung beginnt Privatdocent Kraemer in Zürich die thierischen Schmarotzer des Auges mit den Ektoparasiten, wobei vorzüglich Phthirius pubis und Demodex folliculorum in Betracht kommt, es folgen die Endoparasiten zunächst in der Umgebung und den äusseren Gebilden, dann im Innern des Auges. Cysticerkus cellulosae, Echinococcus und Filaria (Loa) wurden hier beobachtet. Letzterer Fadenwurm kommt in Westafrika häufig vor, gelangt, nachdem er die Mosquitos als Zwischenwirth passirt hat, als Larve mit dem Trinkwasser durch den Darm in die Blutgefässe und kommt endlich in geschlechtsreifem Zustande unter der Bindehaut zum Vorschein, aus welcher er zeitweise in die Augenhöhle und sogar über den Nasenrücken unter die Bindehaut des anderen Auges wandert. Auch die Trichina spiralis, welche bei allgemeiner Trichinosis in den Augenmuskeln angetroffen wird, wird hier kurz besprochen.

Am eingehendsten verbreitet sich Verfasser über den Cysticercus cellulosae, welcher am häufigsten im Glaskörper, dann auch unter der Netzhaut angetroffen wird. Als interessante Thatsache wird festgestellt, dass die Häufigkeit des Blasenwurmes von der geographischen Verbreitung der Taenia solium abhängig, sein Vorkommen demnach in Norddeutschland am häufigsten ist. In Berlin und Umgebung ist er indess Dank der vorzüglich gehandhabten Fleischbeschau sehr selten geworden. Die Ausführungen über Symptome, Sitz, Verlauf, verschiedene Modalitäten, pathologische Anatomie, Ortsbestimmung und Operation des Cysticerkus sind so eingehend — sie füllen fast noch die ganze 10. und 11. Lieferung aus —, dass sie sich zu einer werthvollen erschöpfenden Monographie gestalten.

Schluss der 11., sowie Lieferung 12 und 13 bringen als ebenfalls in die II. Auflage neu aufgenommenes Capitel: die Gesundheitspflege des Auges von Dr. A. Eugen Fick in Zürich, welcher sich schon durch die Ueberschrift als Sprachpurist einführt. Verfasser geht mit Auswahl vor und bespricht zuerst die Schädigung der Augen durch zu starke oder zu schwache Beleuchtung, durch übermässige Naharbeit, durch Gifte, Infection und Spaltpilze. Die genannten Ursachen und ihre Verhütung werden in einer äusserst ansprechenden originellen Darstellungsweise klar und sachlich auch dem Laien leicht verständlich gemacht. Die Blendung besonders durch Blitz und elektrisches Licht, dann die Unterwerthigkeit der Netzhaut, welche sich als Nachtblindheit äussert, der Werth der verschiedenen Arten der Beleuchtung, wird gemeinverständlich besprochen. Hinsichtlich der Kurzsichtigkeit steht Verfasser auf dem in immer weiteren Kreisen eingenommenen Standpunkte, dass dieselbe viele und schwere Nachtheile bringt, auch hält er es in Bezug auf die Gesundheitspflege für ziemlich gleichgiltig, ob die Scheidung in eine gut- und bösartige Form zulässig ist, weil es kein Mittel gibt, einem Auge mit mitt-

lerer oder geringer Kurzsichtigkeit anzumerken, ob die Kurzsichtigkeit stillstehen oder sich zu höheren Graden (> 6 Dioptr.) entwickeln und damit die Eigenschaft der Bösartigkeit erwerben wird.

Jedenfalls ist es mit Freuden zu begrüssen, dass der Herausgeben vorstehende beiden neuen Capitel in das neu aufgelegte Sammelwerk mit aufgenommen hat.

Beide bieten auch dem praktischen Arzte, der sich nicht eingehend mit Augenheilkunde beschäftigt, werthvolle Rathschläge.

Seggel.

Wilhelm Kirchner: Handbuch der Ohrenheilkunde. Braunschweig. Fr. Wreden 1899. Preis 4.80 Mk.

Dass zwei Jahre nach dem Erscheinen der fünften Auflage schon wieder eine neue nothwendig geworden ist, spricht zur Genüge für die Beliebtheit des Kirchner'schen Lehrbuches.

Beschränkung auf das Wichtigste, klare Schreibweise und Berücksichtigung der Bedürfnisse des praktischen Arztes sind die Hauptvorzüge des kleinen Handbuches.

Die Capitel über Erkrankungen des Nasenrachenraumes und über die operative Thätigkeit bei den Mittelohreiterungen haben in der neuen Auflage eine Erweiterung erfahren. Scheibe.

O. v. Boltenstern-Bremen: **Die neuere Geschichte der Medicin.** Kurz dargestellt von O. v. B. Leipzig, Naumann. 399 Seiten. 12°. 1899. Preis 3 M., geb. 4 M.

Wenn zur Abfassung dieses Werkchens, bei dem Vorhandensein von Häser's gediegenem Grundriss (1884) und des ebenfalls sehr brauchbaren Leitfadens von H. Baas (1880) auch kein dringendes Bedürfniss mahnte, so dürfen wir doch das Erscheinen einer neuen kurzen Geschichte der Heilkunde als Zeichen der wiedererwachten Liebe zur historischen Medicin willkommen heissen. Es versteht sich von selbst, dass ein solches Buch nicht aus Quellen erster Hand geschöpft wurde. Der junge Autor besitzt offenbar eine gute Uebersicht über ein grosses Material und hat es verstanden, dasselbe in angenehmer und lesbarer Form vorzutragen. Einige kleine Versehen, z. B. Jul. Vogel als Entdecker des Soorpilzes anstatt Berg, das Fehlen des grossen Geburtshelfers Gustav Ad. Michaelis, Lejumeau de Kergarades statt Kergaradec, Th. Ricord statt Philippe Ricord lassen sich wohl entschuldigen.

Das Buch kann als Vorbereitung zum Studium grösserer Werke und für solche Mediciner, die ein compendiöses und billiges Buch wollen, mit bestem Gewissen empfohlen werden.

J. Ch. Huber-Memmingen.

Neueste Journalliteratur.

Archiv für klinische Chirurgie. 59. Band, 4. Heft. Berlin, Hirschwald 1899.

51) Kermauner: **Zur Kenntniss des makroskopischen Baues der Parotis.** (Chirurg. Klinik Graz.)

Die Arbeit berichtet über eine Reihe von anatomischen Untersuchungen am Thier und Menschen, deren Ergebnisse sich in einem kurzen Referat nicht wiedergeben lassen.

Die übrigen Arbeiten dieses Heftes betreffen Vorträge vom diesjährigen Chirurgencongress:

52) v. Eiselsberg-Königsberg: **Zur Casuistik des Sanduhrmagens.**

53) Derselbe: **Ueber Magen- und Duodenalblutungen nach Operationen.**

54) Sultan-Göttingen: **Ueber resorbirbare Darmknöpfe.**

55) Lexer-Berlin: **Magenschleimhaut im persistirenden Dottergang.**

56) Langer und Schnitzler-Wien: **Beitrag zur Kenntniss der latenten Mikroorganismen.**

57) v. Büngner-Hanau: **Ueber die Tuberculose der Symphysis ossium pubis.**

58) Borchardt-Berlin: **Sarcoma ossium pedis.**

59) Dührssen-Berlin: **Ueber gleichzeitige Erkrankung des Wurmfortsatzes und der weiblichen Beckenorgane.**

60) v. Mangold-Dresden: **Ueber die Einpflanzung von Rippenknorpeln in den Kehlkopf zur Heilung schwerer Stenosen und Defecte.**

61) Sprengel-Braunschweig: **Ueber einen operirten und einen nicht operirten Fall von Coxa vara traumatica.**

62) Wehr-Lemberg: **Ueber eine neue Methode der Brustkorberöffnung zur Blosslegung des Herzens.**

63) Derselbe: **Ueber Herznaht und Herzwandresection.**

Krecke.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 52. Bd., 3. u. 4. Heft. Leipzig, Vogel, Juli 1899.

8) Ito: **Experimentelle Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Epilepsie.** (Chirurg. Klinik Bern.) Forts. folgt.

9) Enderlen-Marburg: **Histologische Untersuchungen bei experimentell erzeugter Osteomyelitis.** (Patholog. Institut und chirurg. Klinik Marburg.)

Die vorliegende Arbeit berücksichtigt nur die einfachen Verletzungen des Knochenmarks, die complicirteren Verhältnisse bei Einwirkung von parasitären Schädlichkeiten sollen in einem zweiten Abschnitt folgen.

Die Versuche wurden an 4—5 Wochen alten Meerschweinchen und Kaninchen angestellt, bei denen das Knochenmark freigelegt und mit einer Nadel oder einem Bohrer zerstört wurde. Die erste Reaction des Knochenmarks auf diese Verletzung besteht in einer alle Zellen der verletzten Stelle betreffenden Degeneration. Die Nekrose erstreckt sich nicht sehr weit in die Nachbarschaft hinein, auch folgen so gut wie gar keine Zeichen einer reactiven entzündlichen Infiltration. Schon 24 Stunden nach der Verletzung sieht man an den Bindegewebszellen die ersten Anzeichen der Regeneration. Weder aus den eosinophilen noch aus den pseudoeosinophilen Zellen entstehen Spindelzellen, ebensowenig aus den übrigen Markzellen.

Aus dem jugendlichen Bindegewebe entstehen vom Ende der ersten Woche ab Fettzellen, gleichzeitig wandern aus der Umgebung Markzellen und acidophile Zellen ein. Aus den zugewanderten Markzellen entstehen Riesenzellen. Die dislocirten Knochensplitter gehen zu Grunde und geben Veranlassung zur Bildung von Fremdkörperriesenzellen.

10) R. Wolff-Berlin: **Ueber ein Recidiv nach einer wegen Prostatahypertrophie vorgenommenen Castration.** (Bethanien Berlin.)

66jähriger Mann. Hypertrophie der Prostata mit Urinverhaltung. Castration. Beseitigung der Beschwerden. Bedeutende Abschwellung und Weicherwerden der Prostata. Nach 7—8 Monaten neue Beschwerden. Tod an Bronchopneumonie. Bei der Section fand sich ein Carcinom der Prostata.

11) Göbell: **Ein Bauchwandcarcinom der Regio epicastrica.** (Chirurg. Klinik Greifswald.)

Ein sicheres primäres Bauchwandcarcinom der Regio epigastrica ist bisher nur einmal von Rizzoli beschrieben.

In dem vom Verfasser mitgetheilten Fall handelte es sich um ein Cylinderzellencarcinom der Linea alba. Nach der Operation trat Anfangs Nachlass der Beschwerden ein, bald jedoch erkrankte der Patient von Neuem und es ergab sich aus der weiteren Beobachtung, dass der kleine Tumor nur die Metastase eines Magen- oder Darmcarcinoms gewesen sein konnte. Eine Section wurde leider nicht gemacht.

12) Doebbelin: **Ein Fall von 8tägiger Anurie durch Ureterstein.** (Charité Berlin.)

50jähriger Patient. Wiederholt Nierenschmerzen. Seit acht Tagen Anurie, nur 2mal unterbrochen durch Abgang von ganz wenig blutig gefärbtem Urin. Druckempfindlichkeit beider Nierengegenden, besonders der linken. Freilegung der linken Niere, Eröffnung des Nierenbeckens durch Einschnitt an der Convexität. Nierenbecken leer, im proximalen Theil des Ureters ein Stein, der bei den Extractionsversuchen verschwindet. Drainage des Nierenbeckens, Naht der Nierenwunde. Anfangs nur Urin durch die Wunde, nach Weglassung des Drains auch durch die Urethra. Nach einigen Tagen wird durch die Urethra ein kleiner Harnsäurestein entleert. Heilung.

Die rechte Niere musste entweder fehlen, oder ihre Function war durch die Nephrolithiasis aufgehoben. Eine Reflexanurie lag zweifellos nicht vor, denn sonst hätte nach Beseitigung des Hindernisses sich Harnentleerung aus der Blase einstellen müssen.

13) Friedrich-Leipzig: **Krankengeschichten und Heilausgänge nach Resection und Exstirpation des Ganglion Gasseri. Neuralgie-Recidiv nach Ganglionexstirpation.**

Die 3 genau mitgetheilten Krankengeschichten sind für Jeden, der sich mit der genannten Operation befassen will, von grosser Wichtigkeit. Zunächst hinsichtlich der Blutung. Im dritten Fall kam es in Folge Ausreissens der Arteria meningea aus dem Foramen spinosum zu einer bedrohlichen Blutung, die allerdings durch Einführen einer Silbersonde in's Foramen spinosum sicher gestillt wurde. Im zweiten Fall trat eine sehr lebhafte venöse Blutung auf, welche eine Tamponade mit Jodoformgaze nöthig machte; in Folge dieser Tamponade kam es zu einer Wochen lang anhaltenden Oculomotorius-Drucklähmung. Sehr einfach war die Operation im ersten Fall, wo in Folge einer früher erfolgten Unterbindung der Maxillaris interna die Blutung eine unbedeutende war. F. räth, vor der Operation die Carotis externa anzuschlingen, um sie nöthigenfalls unterbinden zu können.

Bezüglich des Neuralgierecidivs lehren des Verfassers Beobachtungen, dass 2 Patienten während einer 18 bezw. 19monatlichen Beobachtung recidivfrei blieben, dass die dritte Kranke, der das Ganglion exstirpirt war, heftiges Schmerzrecidiv im ganzen betreffenden Trigeminusgebiet gezeigt hat.

14) Lengnick: **Ueber den aetiologischen Zusammenhang zwischen Trauma und der Entwicklung von Geschwülsten.** (Chirurg. Klinik Königsberg.)

Verfasser hat bei Durchsicht der Krankengeschichten unter 579 Fällen von malignen Neubildungen 31 gefunden, bei denen angegeben war, dass die Geschwulst in Folge einer Verletzung entstanden sei. Von diesen 31 Fällen war mit einiger Wahrscheinlichkeit in 24 ein Zusamenhang zwischen Verletzung und Geschwulst anzunehmen. 7 mal handelte es sich um Carcinom, 17 mal um Sarkom.

15) Wolff Bethanien-Berlin: **Zur Kenntniss der metastatischen Erscheinungen der Prostatacarcinome und ihrer diagnostischen Bedeutung.**

Ein an Prostatacarcinom verstorbener Herr hatte während des Lebens über sehr heftige Schmerzen im Kreuz und in der linken Hüfte geklagt. Bei der Section fand sich ausser Metastasen in Lungen und Pleura eine carcinomatöse Ostitis im Kreuzbein und in den angrenzenden Theilen des Hüftbeines im Sinne von Recklinghausen: braunrothe Verfärbung des Knochens und Brüchigkeit seiner Masse. Krecke.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. IX, Heft 6 (Juni).

1) Menge und Krönig-Leipzig: **Ueber verschiedene Streptococcenarten.**

Die auf dem Gebiete der Bacteriologie der weiblichen Geschlechtstheile hochverdienten Forscher berichten hier über sehr wichtige Ergebnisse. Die Arbeit bringt genaue Einzelheiten über die verschiedenen Untersuchungen und die dabei angewandten Verfahren, aus denen die ausserordentliche Sorgfalt, mit der diese mühevollen und zeitraubenden Untersuchungen angestellt sind, hervorgeht und wodurch auch die nothwendige Nachprüfung derselben ermöglicht wird.

Die Ergebnisse sind kurz folgende:

Es gibt verschiedene Streptococcenarten, die zwar nach Form, Anordnung und Färbbarkeit sich annähernd gleich verhalten, aber bei der Züchtung, besonders in der Empfindlichkeit gegen den Sauerstoff der Luft, wesentliche Verschiedenheiten zeigen. Die Unterschiede waren stets, sowohl bei den Individuen einer Reincultur, wie auch bei den einzelnen Generationen der Art festzustellen. Hiedurch wird eine Unterscheidung in facultativ und obligat anaërobe Streptococcen ermöglicht. Die Empfindlichkeit der letzteren gegen Sauerstoff ist sehr gross, sie gedeihen desshalb in flüssigen und festen Nährböden nur, wenn durch besondere Maassnahmen völliger Abschluss gegen Sauerstoff der Luft gewährleistet wird.

Auch unter den obligat anaëroben Streptococcen gibt es verschiedene Arten, von denen sich eine dadurch auszeichnet, dass sie auf künstlichem Nährboden übelriechende Zersetzungsvorgänge hervorruft.

Obligat anaërobe Streptococcen finden sich als Saprophyten häufig im Scheidensecret, es gibt aber auch obligat anaërobe Streptococcen, die sich dem Körper gegenüber als echte Parasiten verhalten können und z. B. bei jauchiger Peritonitis vorgefunden wurden.

Gewöhnlich finden sich an den Fundorten entweder nur obligat anaërobe oder nur facultativ anaërobe Streptococcen. Zuweilen kommen auch beide Arten zusammen vor, dies wurde bei jauchiger Parametritis und im Lochialsecret beobachtet.

2) F. Stähler und E. Winckler-Marburg: **Untersuchungen über den Bacteriengehalt des puerperalen Uterus.**

Bei fieberlosem Wochenbett ist in der grössten Mehrzahl der Fälle die Uterushöhle keimfrei, zuweilen aber finden sich hier saprophytische Keime, die bei genügendem Abfluss ihrer Stoffwechselproducte mit den Lochien keinerlei Erscheinungen machen. Es ist wahrscheinlich, dass durch gutartige Keime leichte Entzündungen des Endometrium hervorgerufen werden können, ohne dass Temperatursteigerungen auftreten. In etwa 1/3 der Fälle, in denen bei Wöchnerinnen mit Temperaturen bis höchstens 38,0 die Uterushöhle keimhaltig gefunden wird, handelte es sich um anaërobe Bacterien.

Die Wöchnerinnen wurden meist am 10. Tage untersucht; wegen Einzelheiten muss auf die Arbeit selbst verwiesen werden.

3) L. Prochownik-Hamburg: **Die Ausschneidung der puerperal-septischen Gebärmutter.** (Besprechung siehe nächstes Heft.)

4) F. Schnell-Würzburg: **Ein prolabirtes Corpus luteum.**

Schnell beschreibt als zufälligen Befund an einem Eierstock ein Corpus luteum, das pilzförmig über die Oberfläche des Eierstockes vorquoll.

5) E. G. Orthmann-Berlin: **Zur Casuistik einiger seltenerer Ovarial- und Tubentumoren.**

Genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung je eines Falles von:

1. Sarcoma ovarii et tubae.
2. Fibroma ovarii oedematosum.
3. Myoma ovarii.
4. Adeno-Fibroma colloides ovarii utriusque et Tubae dextrae.
5. Adeno-Fibroma cysticum carcinomatosum ovarii.
6. Fibroma papillare superficiale carcinomatosum ovarii.

6) H. v. Both-Berlin: **Rechtsseitige Tubarschwangerschaft. Ruptur im 5. Monat. Entbindung des frei in der Bauchhöhle lebenden Kindes durch Koeliotomie im 8. Monat.**

Aus der berichteten Krankengeschichte ist hervorzuheben, dass im 3. Schwangerschaftsmonat die Decidua ausgestossen wurde und trotzdem die Schwangerschaft weiter fortbestand. Schon damals war die Sachlage richtig erkannt worden. Im 5 Monat trat offenbar eine Zerreissung des Fruchtsackes ein, ohne dass hierdurch schwerere Erscheinungen hervorgerufen wurden. Im 8. Monat wurde secundäre Bauchhöhlenschwangerschaft angenommen und bei der Laparotomie fand sich die Frucht frei zwischen den Därmen liegend. Die vielfach verwachsene Placenta konnte völlig, wenn auch unter Schwierigkeiten, entfernt werden. Heilung.

Die Untersuchung des Präparates ergab, dass das Ei im ampullären Theile der Tube sich entwickelt hatte. Im ganzen Verlaufe der Tube wurde Decidua nachgewiesen, und v. Both glaubt, dass dieser auffallende Befund durch die vorgeschrittene Schwangerschaft zu erklären ist.

7) E. Kreisch-Coblenz: **Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Tubargravidität.**

Verfasser, der eine Reihe von frühen Tubenschwangerschaften mikroskopisch untersucht hat, legt unter genauer Schilderung seiner Befunde dar, dass an der Einheftungsstelle die Tubenschleimhaut zu Grunde geht. Er glaubt an seinen Präparaten den sicheren Beweis für die Ausbildung einer Decidua reflexa in der Tube erbracht zu haben. — Des Ferneren wird noch auf die Aetiologie und die Behandlung der Tubarschwangerschaft eingegangen.

8) A. Hartz-Karlsruhe: **Ein cystöser Tumor (Cystadenom) an der hinteren Bauchwand, entstanden aus Resten des Wolff'schen Körpers.**

Nach dem histologischen Befunde, besonders auf Grund des eigenartigen Drüsenbaues nach dem Bilde der Harncanälchen, glaubt Verfasser die Geschwulst auf den Wolff'schen Körper zurückführen zu müssen, und zwar nach seinem Sitze an der hinteren Bauchwand und bei dem völlig regelrechten Befunde an den Geschlechtstheilen ausgegangen von den cranialsten Theilen des Wolff'schen Körpers.

9) G. Klein-München: **Zur Technik der Ovariotomie.**

Klein berichtet über eine Kranke, bei welcher nach einfacher Entfernung eines Ovarialkystomes, welches bei der Operation angestochen und entleert wurde, eine ausgebreitete carcinomatöse Metastase in den Bauchdecken auftrat. Da ähnliche Erfahrungen schon wiederholt gemacht wurden, empfiehlt auch Klein nach dem Vorgang Anderer, Ovarialcysten wenn irgend möglich, unverkleinert zu entfernen.

10) A. Rieck-Greifswald: **Ein Fall von primärer Tuberculose der Vulva einer Erwachsenen und ihre Beziehungen zum Ulcus rodens vulvae (Veit).**

Verfasser beobachtete bei einer hereditär nicht belasteten Frau, die jedoch mit einem an Phthise verstorbenen Manne verheirathet gewesen war, ein langsam fortschreitendes Geschwür an der Vulva, neben welchem auch elephantiastische Veränderungen der einen kleinen Schamlippe festzustellen waren. In dem Eiter der geschwürigen Fläche konnten Bacillen nachgewiesen werden, von denen es jedoch zweifelhaft bleiben musste, ob es sich um Tuberkel- oder Smegmabacillen handelte. Die geschwürige Fläche wurde nach längerer erfolgloser Behandlung operativ entfernt.

Die Erforschung der entfernten Theile blieb längere Zeit ohne Ergebniss, erst nachdem grosse Abschnitte vergebens durchsucht waren, fanden sich an einer kleinen umschriebenen Stelle, an welcher offenbar das Geschwür im Fortschreiten begriffen war, zweifellose Anzeichen für Tuberculose: Tuberkelknötchen, Riesenzellen, Verkäsung und vor Allem zahlreiche Tuberkelbacillen.

Verfasser unterzieht die Literatur einer kurzen kritischen Durchsicht, aus der die bekannte Thatsache hervorgeht, dass tuberculöse Veränderungen an der Vulva kaum beobachtet sind, Lupus vulvae überhaupt noch nicht mit Sicherheit.

Verfasser bekennt sich schliesslich zu der Anschauung, dass wohl alle von Veit als Ulcus rodens zusammengefassten geschwürigen Veränderungen mit elephantiastischen Bildungen an der Vulva auf Tuberculose zurückzuführen sind — ein Schluss, der aus dem einmal geführten Nachweise gezogen, doch wohl etwas gewagt erscheint.

11) M. Schmid-Klagenfurt: **Tod nach Injection von Chlorzink in den Uterus.**

Bei einer Kranken, die schon 3 mal eine Einspritzung von 1 ccm 50 proc. Chlorzinklösung, ohne Beschwerden zu bekommen, erhalten hatte, traten nach der 4. Einspritzung peritonitische Schmerzen auf. Sie reiste dann gegen ärztlichen Rath 1 1/2 Stunden später nach Hause, wo sie in sehr elendem Zustande ankam und bald darauf zu Grunde ging. Bei der Section fand sich ein Theil der einen Tube ebenso wie die Uterushöhle von der Lösung verätzt und eine beginnende Beckenbauchfellentzündung. Da sich auch eine ausgesprochene Myocarditis bei der sehr elenden Kranken fand, die sich an dem Tage der Behandlung eine ungewöhnlich grosse körperliche Anstrengung zugemuthet hatte, so fragt es sich, ob der Tod lediglich auf Rechnung der Chlorzinkeinspritzung zu setzen ist. Die Einspritzung wurde mit der Braun'schen Spritze gemacht.

12) F. Frank-Köln: **Ueber die Ausbildung der Wochenbettpflegerinnen und ihr Verhältniss zu den Hebammen.**

Die längeren Ausführungen gipfeln in folgenden Sätzen:

Wochenpflegerinnen sind ein Bedürfniss. Sie müssen vor einer Commission ein Examen bestehen und von Zeit zu Zeit nachgeprüft werden. Die Bedingungen zur Ausbildung und Zulassung zum Examen müssen für die Monarchie gleich sein. (Es wird eine sechsmonatliche Ausbildung an einer Entbindungsanstalt gefordert!). Nach bestandener Prüfung bekommt die Wärterin ein amtliches Zeugniss, das vom Kreisphysikus bei Ueberschreitung der Befugnisse entzogen werden kann. Die Wärterin steht unter Controle des Kreisphysikus und hat sich bei ihm zur Nachprüfung nach 3—5 Jahren zu stellen. Der Unterricht, sowie das Examen hat sich auf Pflege der Wöchnerin und des Neugeborenen, Ursachen und Verhütung des Kindbettfiebers, Erkrankungen des Neugeborenen zu erstrecken.

13) O. v. Weiss-Sarajevo: **Zur Reform des Hebammenwesens in Bosnien und der Herzegowina.**

Verfasser berichtet über die seit Besetzung dieser Landestheile von der Regierung getroffenen Maassregeln. Er bespricht die eingeführte Dienstesvorschrift für Hebammen und beschreibt ausführlich die vorgeschriebene Hebammentasche. Die nothwendige Errichtung einer Hebammenschule konnte noch nicht durchgeführt werden. Jede Hebamme, die sich niederzulassen gedenkt, muss an einer österreichischen Hebammenschule ausgebildet sein und vorher noch eine Probezeit an dem Landesspitale durchmachen.

Gessner-Erlangen.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 33.

1) O. Beuttner-Genf: **Ein Fall von inficirtem Abortus, geheilt vermittels der Atmokausis.**

Es handelte sich um eine 24jährige Frau, die im 3. Monat abortirte und durch Placentarreste septisch inficirt wurde. Da Ausschabung und Uterusausspülung erfolglos blieb, machte B. die Atmokausis: 30 Secunden lang Dampf von 110°. Das Fieber blieb zunächst bestehen, ging aber am 3. Tage zur Norm zurück. Von da ab glatte Heilung.

2) Derselbe: **Ein Fall von puerperaler Streptococceninfection, geheilt mit Marmorek'schem Serum.**

Eine 22jährige I. Para bekommt nach einer normalen Geburt am 3. Tage hohe Temperaturen. Als Ursache der Infection wird ein Puerperalgeschwür im Scheideneingang gefunden. Trotz Jodbepinselung Fortdauer des Fiebers (40°, P. 140). Desshalb Injection von 15 ccm des Marmorek'schen Antistreptococcenserums, worauf am nächsten Tage schon das Fieber geschwunden ist. Von da ab ungestörtes Wochenbett. Trotzdem das Ulcus bacteriologisch nicht untersucht wurde, nimmt B. «eine reine Streptococceninfection» an. Er empfiehlt die weitere Anwendung des Serums trotz vieler Misserfolge. In der Epikrise weist B. auf eine zu wenig beachtete Arbeit von Konrad Brunner hin. (Erfahrungen und Studien über Wundinfection und Wundbehandlung, 1898/99). Der eigene Fall B.'s scheint nicht einwandsfrei genug, um aus ihm auf die Wirksamkeit des Marmorek-Serums einen sicheren Schluss ziehen zu können.

3) D. Stapler-St. Paulo: **Zur Vaporisationsfrage.**

St. hat die Vaporisation nach Pincus vielfach verwendet und theilt seine Erfahrungen darüber mit. Versuche zur Ermittelung der Temperatur, die der Dampf seiner Umgebung mittheilt, ergaben, dass bei der Atmokausis die höchste Temperatur 90—95°, bei der Zestokausis nie über 90° betrug. St's. Erfahrungen sprachen alle zu Gunsten der Vaporisation. Den bekannten Todesfall aus der Treub'schen Klinik glaubt er auf eine Perforation des Uterus durch die Dilatatoren zurückführen zu sollen. S fasst seine Resultate in folgende Sätze zusammen:

1. Die Vaporisation kann eine Abrasio mucosae besonders da ersetzen, wo die Kranken ihrer Arbeit nachzugehen gezwungen sind. Dabei ist die Narkose unbedingt zu verwerfen.

2. Der Atmokauter soll keinem Arzt fehlen, da man durch denselben ohne weitere Hilfsmittel und Assistenz selbst heftige Uterusblutungen stillen kann.

3. Die Atmokausis kann zur relativ raschen Heilung von Erosionen an der Portio und Fisteln aller Art benutzt werden.

4 Der Dampf kann auch zur Behandlung der Haemorrhoiden versucht werden.

4) L. Pincus-Danzig: **Bemerkungen zu dem vorstehenden Aufsatz.**

5) L. Pincus-Danzig: **Ueber Neuerungen in der Technik der Atmokausis und einige bemerkenswerthe Ergebnisse.**

Die Neuerungen sind vor Allem die Anbringung eines Cervixschutzes aus Celluvert in Form einer zusammenhängenden Röhre, ferner die Anbringung des Ableitungsrohres unabhängig vom Ansatz, endlich ein Hahn mit doppelter Bohrung. Als gesicherte Ergebnisse der Methode bezeichnet P. die Atmokausis als Specificum gegen uterine Blutungen, speciell Klimax und Myom, als vorzügliches Palliativum bei inoperablem Corpuscarcinom, ferner Atmo- und Zestokausis als gute Heilmittel bei allen Formen der Endometritis.

6) W. Pit'ha-Prag: **Einige Bemerkungen zur Vaporisationsfrage.**

P., der früher die Vaporisation empfohlen hatte, ist jetzt nach weiteren 2jährigen Erfahrungen an der Pawlik'schen Klinik ein Gegner derselben geworden. Als besondere Nachtheile der Methode führt er die folgenden an: Die Verbrennung in der Uterushöhle ist nicht gleichmässig, eine zielbewusste Dosirung des Mittels mit den jetzt bekannten Instrumenten kaum ausführbar; es kommt immer zu schrumpfenden Narben, die für die Pat. nachtheilig werden können; wir haben bei Uterusblutungen andere gleichwerthige oder gar bessere chirurgische Mittel zur Hand. Im Allgemeinen hält P. die Nachtheile der Vaporisation für zu gross, um durch ihre Vortheile paralysirt werden zu können.

7) L. Pincus-Danzig: **Nochmals die Zangen mit abnehmbaren Griffen.**

P. constatirt, dass diese Zangen schon vor ihm von Sänger im Jahre 1884 beschrieben worden sind.

Jaffé-Hamburg.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. 30. Bd. 2. Heft.

M. v. Brunn: **Formaldehyddesinfection durch Verdampfung verdünnten Formalins.** (Hyg. Inst. Breslau.)

Eingehende Schilderung der von Flügge angegebenen Desinfection von Räumen durch Verdampfen einer verdünnten Formalinlösung. Das Verfahren ist, was Sicherheit des Betriebes, Vollständigkeit der Abtödtung und Billigkeit anlangt, zur Zeit wohl das Beste für Wohnungsdesinfection. Die Verfahren von Prausnitz (Versprayung von verdünntem Formalin) und Petruschky (Danziger Verfahren: Wohnungsdesinfection durch Reinigung, Kleiderdesinfection durch grosse Formalinmengen in einem festverschlossenen Schrank) werden einer kritischen Besprechung unterzogen und die Breslauer Methode bevorzugt.

A. Pfuhl: **Weiteres über den Keimgehalt der Lymphe aus der Königlichen Impfanstalt Hannover.**

Die Keimzahl in der frischen Glycerinlymphe war wie bei früheren Untersuchungen auch diesmal recht gross. Die Zahl nahm aber durch mehrmonatliches Aufbewahren stark ab, am meisten wird eine 2—4 Monate alte Lymphe mit 50—55 Proc. Glyceringehalt empfohlen. Obwohl die frische Lymphe Keime enthielt, die Thiere krank zu machen, ja zu tödten im Stande waren, kamen doch keine Schädigungen von Menschen durch den normalen Impfprocess vor. Ein «Tegminverband» aus Tegminmasse und Watte sofort auf die Impfflächen des Kalbes aufgetragen und nach 1—2mal 24 Stunden entfernt, trug wesentlich zur Verminderung des Keimgehaltes der frischen Lymphe bei.

Lydia Rabinowitsch und Walter Kempner: **Beitrag zur Kenntniss der Blutparasiten, speciell der Rattentrypanosomen.** (Institut für Infectionskranheiten Berlin.)

Seit Evans 1880 den Nachweis erbrachte, dass die indische Surrakrankheit der Pferde, Maulesel, Hunde, Rinder und Kameele erzeugt wird durch eine Flagellatenart (Herpetomonas oder Trypanosoma), haben die bei Ratten und Hamstern auch bei uns vorkommenden analogen Formen höheres Interesse gewonnen. Verstärkt wird dasselbe dadurch, dass auch die furchtbar verheerende afrikanische Tsetsekrankheit, welche durch den Biss der Tsetsefliege von Thier zu Thier verbreitet wird, durch den gleichen Parasiten wie die Surrakrankheit hervorgebracht wird. Koch hat in seinem «Reisebericht» zuerst scharf dargelegt dass der Rattenparasit und der Erreger von Surra- und Tsetsekrankheit 2 verschiedenen Species angehören. Die Rattenparasiten sind nur für Ratten pathogen, dagegen vermag sich der Surraparasit auch in der Ratte zu vermehren.

Rabinowitsch und Kempner liefern eine sorgfältige zoologische Studie über den Bau, die Vermehrung (es kommt Längs- und Quertheilung vor) des Parasiten, die im Original einzusehen sind. Künstliche Infection gelang nur an Ratten und zwar am besten vom Peritoneum aus, meist 3—7 Tage später fanden sich die Parasiten im Blut. Die Krankheitssymptome sind gering, gestorben ist keine der inficirten weissen Ratten, dagegen einige graue, die überhaupt schwerer erkranken und wenigstens 6 Monate lang nicht vom Parasiten frei werden. Die weissen Ratten verlieren dagegen die Parasiten meist nach 4—6 Wochen und sind hierauf activ immun gegen die sonst sicherste peritoneale Infection, und ihr Serum wirkt passiv immunisirend auf andere Ratten. Gewöhnliches Rattenserum schützt ebensowenig wie Extracte oder Emulsionen verschiedener Organe der immunisirten Ratten — nur ihr Serum wirkt. Die natürliche Infection scheint nie auf dem Wege des Magendarmcanals stattzufinden, dagegen erkranken Ratten, wenn sie von kranken gebissen werden, ja das einfache Zusammenleben (ohne Beissen) von kranken und gesunden Ratten bringt häufig die gesunden zum Erkranken. In einigen Fällen liess sich nachweisen, dass hier Flöhe die Uebertragung besorgen.

R. Koch: **Ueber Schwarzwasserfieber (Haemoglobinurie).**

Koch stützt durch eine grosse Anzahl von Krankengeschichten die von ihm früher vertretene Ansicht: Schwarzwasserfieber ist eine acute Chininvergiftung bei Menschen, die gegen Chinin von Hause aus enorm empfindlich sind, oder durch die Malariaerkrankung, oder endlich durch längeres Chininnehmen gegen Chinin abnorm empfindlich geworden sind. Sehr interessant ist namentlich die letzte Krankengeschichte: während früher 1 g Chinin gut vertragen wurde, löste später 1 g, ja 0,5, 0,25, endlich 0,1 g den typischen Schwarzwasserfieberanfall (Schüttelfrost, Haemoglobinurie) aus. Unerklärt bleibt, warum in manchen Gegenden Schwarzwassserfieber häufig, in anderen selten ist.

W. Silberschmidt: **Ein Beitrag zur Frage der sogen. Fleischvergiftung.**

Eine grosse Anzahl von Personen erkrankten durch Genuss von Würsten (sogen. «Landjägern») unter Leibweh, Erbrechen, Diarrhoe, Kopfschmerz, Frost, Fieber — Einer starb. Die Section ergab namentlich starke Schwellung des lymphatischen Apparates des Darms. Von den Organen des Verstorbenen wurde nichts eingesandt, wohl aber eine Anzahl Würste. Die sehr vielseitig angestellte Untersuchung, die sich stets auch gleichzeitig auf eine Anzahl Controlwürste erstreckte, ergab als wichtigsten Befund in den verdächtigen Würsten eine grössere Anzahl Proteuscolonien, die in den Controlwürsten fehlten. Es wurde ermittelt, dass die Landjäger aus (laut thierärztlichem Gutachten) gesundem Fleische hergestellt waren, dass aber die Herstellung in der heissesten Jahreszeit erfolgte, dass 2—3 Wochen aufbewahrtes, schlecht riechendes Fett verwendet wurde und dass ungenügend geräuchert wurde. Die chemische Untersuchung ergab kein Resultat.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten. Bd. XXVI, No. 6.

Galli Valerio-Lausanne: **Contribution à l'étude de la morphologie du Bacillus mallei.**

Nach den Untersuchungen des Verfassers kann das Bacterium mallei in Culturen zu Fäden auswachsen, wirkliche und Pseudoverzweigungen zeigen. Er ist also mit den Streptothrixarten verwandt und steht ebenso wie diese zwischen den Hyphomyceten und Schizomyceten.

Carlo Mazza-Turin: **Bacteriologische Untersuchungen über eine neuerdings aufgetretene Hühnerepizootie.**

Eine seit mehreren Monaten in Oberitalien herrschende Epidemie, die grosse Verheerungen unter den Hühnern anrichtet und der auch einige mit den Hühnerleichen in nahe Berührung gekommene Menschen zum Opfer gefallen sind, gab Mazza Veranlassung zu seinen Studien. Obwohl die Epidemie mit der Hühnercholera die grösste Aehnlichkeit hatte, konnte er ein Bacterium isoliren (hauptsächlich aus den Eingeweiden und den Lungen), das sich in folgenden Punkten von dem Erreger der Hühnercholera unterscheidet: 1. Es ist grösser als der Hühnercholerabacillus, 2. es zeigt ziemlich lebhafte Beweglichkeit, 3. es hat ein abweichendes Wachsthum auf der Kartoffel, 4. die mit demselben geimpfte Milch gerinnt nicht, 5. es ist für Kaninchen nicht pathogen, 6. es findet sich nur selten im Blute der befallenen Thiere.

Korbelius-Přibram: **Beitrag über das Verhältniss des Pferdes zur Ankylostomiasis des Menschen.** (Schluss.)

Die Beobachtung, dass sich Ankylostomum duodenale besonders häufig bei den Arbeitern derjenigen Gruben findet, in denen Pferde zur Verwendung kommen, legte die Vermuthung nahe, dass das Pferd vielleicht den Zwischenwirth für diesen Parasiten darstellen könne. Und es haben sich in der That im Pferdekoth den Ankylostomumeiern und -larven ähnliche Gebilde gefunden. Die genauere Untersuchung hat aber ergeben, dass es sich hier um Sklerostomum equinum und tetracanthum handelt. Verfasser schliesst sich auf Grund seiner in den Přibamer Gruben gemachten Untersuchungen dieser Ansicht vollkommen an.

Sacharoff-Tiflis: **Die Demonstration der in Bd. XXIV, No. 18 und 19 des Centralblattes für Bacteriologie beschriebenen Versuche über Enzyme.** Rostoski-Würzburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1899. No. 35.

1) E. Ponfick-Breslau: **Ueber Placenta praevia, insbesondere die Plac. praev. cervicalis.**

Cfr. hierüber das Referat der Münch. med. Wochenschr. über den diesjährigen Gynäkologencongress in Berlin.

2) L. v. Aldor-Karlsbad: **Ueber den Nachweis der Albumosen im Harn und über die enterogene Albumosurie** (Schluss folgt.)

3) E. Siegel-Frankfurt a. M.: **Ueber das primäre Sarkom des Dünndarms.**

Das klinische Bild bei dem 3¾jähr. Kranken war das der Darmstenose; zugleich zeigte sich ein Tumor in der Ileocoecalgegend, wesshalb an Intususception gedacht wurde. Bei der bald nothwendig werdenden Operation wurde ein höckeriger Tumor an der vorgezogenen Jejunumschlinge, zugleich aber starke Schwellung der Mesenterialdrüsen gefunden, der Dünndarm 30 cm weit resecirt. Das Kind starb nach 3 Wochen unter beträchtlicher Zunahme der Metastasen, die auch das Pankreas ergriffen. In der Umgebung der Nahtstelle fand sich nur ein kleiner Eiterherd, sonst keine Peritonitis. Der Tumor erwies sich als zur Gruppe der Kleinrundzellensarkome gehörig. Es war wahrscheinlich, dass er von den Lymphgefässen der Submucosa ausgegangen war. Diese Tumoren sind selten — Verfasser hat 34 Fälle gesammelt — und betreffen mehr das männliche Geschlecht. Bemerkenswerth, weil im Widerspruche mit der gewöhnlichen Ansicht, ist, dass der Tumor eine Darmverengung bewirkt hatte, mit den klinischen Zeichen der Stenose, während als charakteristisch für die Diagnose das Fehlen dieser Symptome angegeben wird. Schmerzempfindung verursacht dieses Dünndarmsarkom weder spontan, noch auf Druck.

4) B. Stiller-Ofen-Pest: **Die Lehre von der Enteroptose und nervösen Dyspepsie auf Grund der Costalstigmas.** (Schluss folgt.) Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1899. No. 34.

1) Karl Schuchardt-Stettin: **Ueber die Exstirpation des krebsigen Mastdarmes und der Flexura sigmoidea.**

Nach einem am 1. Juli 1899 im Greifswalder medicinischen Verein gehaltenen Vortrage. Referat siehe den betreffenden Sitzungsbericht in No. 35 dieser Wochenschrift.

2) L. Huismans: **Meningitis basilaris traumatica.** (Aus der innern Abtheilung des St. Vincenzhauses in Köln.)

Beschreibung eines Falles von traumatischer Basilarmeningitis mit Ausgang in Heilung, vorgetragen im allgemeinen ärztlichen Verein in Köln am 10. Juli 1899. Der entzündliche Charakter der Gehirnaffection scheint bei dem vollständigen Fehlen von Fieber doch etwas zweifelhaft, im übrigen fehlen zur Beurtheilung des Falles wesentliche Angaben, wie z. B. über die Dauer der ganzen Krankheit sowie der einzelnen Symptome, Begründung der Diagnose der intercurrirenden Influenza u. s. w.

3) O. Rosenbach-Berlin: **Ueber Dyspepsie bei motorischer Insufficienz des Harnapparates (urokinetische Dyspepsie).** (Fortsetzung aus No. 33, Schluss folgt.)

4) M. Jastrowitz: **Acute rheumatische Geistesstörung mit acuter rheumatischer Chorea nebst Bemerkungen über die Natur der choreatischen Bewegungen.** (Schluss aus No. 33.)

J. sucht an der Krankengeschichte von zwei jungen Mädchen, bei welchen sich nacheinander Chorea, Gelenkrheumatismus und Psychose entwickelte, den aetiologischen Zusammenhang der genannten Affectionen nachzuweisen. Es wird angenommen, dass der bisher noch unbekannte rheumatische Krankheitserreger, zugleich als Reiz und schwächende Ursache wirkend, die Hirnrinde (Vorstadium der Psychose), die Gelenke, die motorischen Centren und Bahnen (Chorea) afficirt. Im zweiten Falle ist die rheumatische Infection durch eine Infection mit Streptococcus pyogenes complicirt, welche möglicherweise günstig auf den Ablauf der Chorea und der Psychose einwirkte, aber eine maligne Endocarditis mit consecutiver Thrombose der Arteria femoralis mit sich brachte.

5) **Aus der ärztlichen Praxis:**

Kolbe-Giebichenstein bei Halle a. S.: **Ein seltener Fall von innerer Verletzung der Brusthöhle.**

Durch eine seltene Combination von Umständen erfolgte bei dem siebenjährigen Mädchen im Momente eines heftigen Falles die Aspiration eines Kirschkernes. Die Einkeilung desselben in den Luftwegen bewirkte eine starke Stauung der Exspirationsluft in dem abgeschlossenen Theil der Lunge, wodurch im Verein mit dem durch den Sturz bedingten Trauma eine Sprengung der Pleura, in Folge deren Pneumothorax und weiterhin ausgebreitetes Hautemphysem eintritt. Nach spontan erfolgter Ausstossung des Fremdkörpers allmählige Rückbildung.

6) **Oeffentliches Sanitätswesen:**

F. Reiche-Hamburg: **Die Erfolge der Heilstättenbehandlung Lungenschwindsüchtiger und klinische Bemerkungen zur Tuberculosis pulmonum.** (Schluss aus No. 32.)

Eingehende statistische Bearbeitung des über 2000 Fälle umfassenden Materials der Hanseatischen Versicherungsanstalt für Invaliditäts- und Altersversicherung vom Jahre 1893 bis Ende 1898, dessen grössere Hälfte vom Autor selbst untersucht wurde. Auf die Details dieser, den Werth der Heilstättenbehandlung, insbesondere für die arbeitenden Classen deutlich illustrirenden Arbeit, kann hier wegen Raummangel leider nicht näher eingegangen werden. F. Lacher-München.

Oesterreichische Literatur.

Wiener klinische Wochenschrift. 1899. No. 34.

1) H. Hübl-Wien: **Ueber eine vaginale Totalexstirpation eines rupturirten Uterus vom 6. Lunarmonate bei einem hochgradig verengten osteomalacischen Becken.**

H. gibt zunächst eine Zusammenstellung der publicirten Fälle, wo während der Schwangerschaft oder im Puerperium die Entfernung des Uterus per vaginam vorgenommen wurde. Unter anderen Indicationen, z. B. Carcinom, erscheint auch die Ruptur des Uterus, wenn die Blutung durch Tamponade nicht gestillt werden kann und die Laparotomie nicht angängig ist. In dem hier mitgetheilten Falle handelte es sich um eine 39jähr. X. Para, mit beträchtlich verengtem Becken (Abstand der Sitzknorren 6 cm, Conjug. vera ca. 7 cm.) Wegen schlechten Allgemeinbefindens war Unterbrechung der Schwangerschaft indicirt; es wurde ein Kolpeurynter in den Uterus eingeführt, nach einiger Zeit aber am Contractionsring ein den Uterus perforirendes Loch gefunden, die Frucht zerstückelt extrahirt. Bei adhaerenter Placenta entstand starke Blutung; die Lösung gelang nur langsam und theilweise. Daher Exstirpat. totalis: Umschneiden der Portio vorn, Zurückschieben der Blase, starkes Vorziehen des Uterus, Eröffnung des Douglas, Abbindung der Parametrien. Der Uterus konnte erst entfernt werden, nachdem er der Länge nach gespalten worden war. Die sehr erschöpfte Patientin erholte sich rasch.

2) Zuppinger-Wien: **Wie eine Meningitis purulenta Perforationsperitonitis nach Bougirung einer Oesophagusstrictur vortäuschen kann.**

Ein 3¾jähriger Knabe war wegen einer durch Trinken von Laugenessenz entstandener Oesophagusstrictur ca. 14 Tage lang bougirt worden, als einige Stunden nach der letzten Bougirung das Kind plötzlich an Erbrechen, Kopf- und Bauchschmerzen, Krämpfen erkrankte und nach 12 Stunden starb. Die Section ergab acute eiterige Meningitis der Basis mit starkem Flüssigkeitserguss in die Ventrikel. Es handelte sich um eine Staphylococceninfection, die vielleicht durch Laesionen der oberen Theile des Digestionstractes Eingang gefunden hatte.

3) P. Merken-Leipzig: **Beitrag zur Kenntniss des Fibroma molluscum (Virchow).**

M. publicirt 2 derartige Fälle unter sehr eingehender Darstellung des Befundes. In beiden bestanden neben den zahlreichen Tumoren auch Pigmentflecken der Haut. Der histologische Befund stimmte mit dem der früheren Autoren überein. Auch diese 2 Fälle bekräftigen, dass die Tumoren durch Wucherung des Nervenbindegewebes entstehen. In einem 3. Falle war dieser Zusammenhang allerdings nicht zu eruiren. Verfasser kommt unter ausführlicher Würdigung der einschlägigen Literatur zu dem Schlusse, dass das Fibr. mollusc. seinem Wesen nach eine Missbildung im weiteren Sinne des Wortes ist, ähnlich den Naevis, mit denen es den im Allgemeinen gutartigen, aber zur malignen Degeneration neigenden Charakter der Neubildung gemeinsam hat. Diese nicht selten angeborene, meist aber später sich entwickelnde Missbildung äussert sich in der Neigung des Hautnervenbindegewebes zu einer fast schrankenlosen Proliferation.

Dr. Grassmann-München.

Wiener klinische Rundschau. 1899, No. 34 u. 35.

H. Gemmel-Salzschlirf: **Myositis ossificans progressiva.**

Bei Erörterung der in der Literatur niedergelegten Fälle scheidet Verfasser die auf angeborener Anlage beruhendem Formen als eigentlich typische von den im späteren Alter erworbenen. Sodann beschreibt er selbst 2 Fälle seiner Praxis — Männer von 54 und 60 Jahren — bei denen es sich entsprechend der Deutung ähnlicher Fälle durch Virchow um Exostosis luxurians handeln dürfte. Beide haben lange an Gicht gelitten.

Prager medicinische Wochenschrift. 1899. No. 33—35.

A. Hoffa-Würzburg: **Die moderne Behandlung der Spondylitis.**

Der Aufsatz, welcher dem grossen Fortschritte in der Behandlungsweise der Spondylitis kritisch gerecht wird und sich eingehend über die so wichtige frühzeitige Diagnose verbreitet, eignet sich nicht zu kurzer Besprechung.

Dr. Hermann Bergeat-München.

Englische Literatur.

George Thornton: **Tracheotomie bei Diphtherie.** (Lancet, 8. Juli.)

Verfasser hat im Fountain Fever Hospital 151 Fälle von Diphtherie zur Tracheotomie bekommen und 102 Kinder gerettet. Diese Mortalität von 32,4 Proc. steht im angenehmen Gegensatze zu einer Mortalität von 70,4 Proc., wie sie noch 1894 vor Einführung der Serumbehandlung in demselben Hospitale beobachtet wurde. Dabei sind die Resultate von Fall zu Fall besser geworden, so wurden von den ersten 50 Fällen 60 Proc., von den zweiten 50 Fällen 68 Proc. geheilt und von der dritten Serie blieben 74 Proc. am Leben. Diese Verringerung der Sterblichkeit beruht nach Verfassers Ansicht vor Allem auf der Verbesserung des zur Verwendung kommenden Serums. Bei leichten Fällen beginnt Thornton mit einer Einspritzung von 4000 Einheiten, die er eventuell am folgenden Tage wiederholt, bei schwereren Fällen mit Betheiligung des Larynx gibt er gewöhnlich 3 Einspritzungen von je 8000 Einheiten in Zwischenräumen von 12 Stunden. Verfasser beschreibt dann des Genaueren seine Methode des Luftröhrenschnittes, er bevorzugt die tiefe Operation und legt grosses Gewicht darauf, die Theile möglichst in Ruhe zu lassen, vor Allem verwirft er alles unnöthige Auswischen der Trachea und empfiehlt, die äussere Canüle womöglich 3 Tage lang nicht zu wechseln, dann gelingt es meist, sie ganz fortzulassen.

A. E. Barker und J. E. Simpson: **Die Nachgeschichte von 100 mit Excision der ganzen Mamma behandelten Personen.** (Ibid.)

Simpson hat in dieser Arbeit die Nachgeschichten von 100 nacheinander von Barker operirten Kranken zusammengestellt. Es handelte sich 82mal um Scirrhus, 2mal um Colloidkrebs, 6mal um andere Formen von Carcinom, 8mal um andere Geschwulstbildung, 1mal um chronische Entzündung und 1 Fall blieb zweifelhaft. Stets wurde neben der Mammaamputation die Achselhöhle gründlich ausgeräumt. An den Folgen der Operation starben 5 Patienten. Von den 10 nicht malignen Fällen blieben alle gesund und konnte zum Theil Jahre langes Freibleiben von Rückfällen constatirt werden.

Von den 4 Fällen von «Ductcancer» sind zwei 10¼ und 7½ Jahre nach der Operation am Leben und recidivfrei, eine Frau starb 3¾ Jahre später ohne Recidiv an Pyelitis und eine weitere war 3 Jahre nach der Operation gesund, von da an fehlen die Nachrichten. Von den übrigen 86 Krebskranken leben heute noch 23, 9 weitere können für Perioden von 3—11 Jahren als gesund verfolgt werden, ohne dass Genaueres über das Endschicksal zu finden ist, 51 sind gestorben. Von den noch Lebenden sind einige 10—11 Jahre recidivfrei, die meisten über 3 Jahre, 2 leben, haben aber ein Recidiv. Von den gestorbenen 54 starben 43 an Krebs und zwar 5 an localem, 14 an Drüsenrecidiv, 24 an Metastasen innerer Organe. Die durchschnittliche Lebensdauer der an Recidiven Gestorbenen betrug 28 Monate und 7 Tage nach der Operation. In einem Falle trat 10 Monate nach der Operation ein Recidiv auf, das operirt wurde, die Kranke ist seitdem (5 Jahre 8 Monate) gesund; 5 weitere an Recidiven operirte Kranke starben durchschnittlich 18 Monate nach der zweiten Operation an einem neuen Recidiv. Dass der von Volkmann festgesetzte Zeitraum von 3 Jahren nicht als richtig angesehen werden kann, geht aus folgenden Ziffern hervor: Von den 90 an malignen Erkrankungen der Brust operirten Kranken lebten 70 nach einem Jahr, 49 nach 2 Jahren, 33 nach 3 Jahren, 19 nach 4 Jahren, 14 nach 5 Jahren, 8 nach 6 Jahren, 4 nach 7 Jahren, je 3 nach 8, 9 und 10 Jahren und 1 nach 11 Jahren. Es blieben also 11 Kranke für 3 Jahre und länger ganz gesund, um dann nach dieser Zeit noch an einem Recidiv zu sterben. Auch Barker hat, wie andere Operateure, gefunden, dass die linke Mamma viel häufiger erkrankt, als die rechte und dass Frauen, die nach dem 60. Lebensjahre erkranken, eine bessere Prognose haben als jüngere Kranke. Zum Schlusse betont Barker seine Ansicht, dass es sich beim Krebs um eine constitutionelle Krankheit handle, dass es aber trotzdem geboten sei, den sichtbaren Krankheitsherd zu entfernen, da man dadurch die Krankheit abschwächen und die Lebensdauer verlängern könne, selbst wenn schliesslich doch die Patienten an Krebs zu Grunde gehen.

Thomas Gimlette: **Ein Fall von Tetanus, der mit intracerebralen Einspritzungen von Antitoxin behandelt wurde.** (Ibid.)

Ein 23jähriger Seemann verwundet seinen Finger an einer zerbrochenen Tasse, 8 Tage später Hospitalaufnahme wegen Muskelsteifigkeit und beginnendem Trismus. Als unter Behandlung mit Brom und Chloral die Tetanussymptome schwerer wurden, beschloss man, zur intracerebralen Injection von Serum überzugehen. Man zog eine Linie von der Nasenwurzel zur Protuberantia occipitalis und eine zweite von einem äusseren Gehörgang zum anderen, vom Schnittpunkt dieser Linie zog man eine dritte zum Aussenwinkel der linken Orbita. Im Centrum dieser Linie wurde der Schädel mittels eines Drillbohrers eröffnet und durch die Oeffnung eine 3 Zoll lange Injectionsnadel mit kugelförmiger Spitze (um die Cerebralarterie nicht zu verletzen) eingeführt. Es wurden dann 2,5 ccm concentrirten Serums (gleich 5 ccm gewöhnlichen Serums) so langsam injicirt, dass 10 Minuten dazu verbraucht wurden; unmittelbar darauf wurde dieselbe Operation auf der anderen Hirnseite vorgenommen. Zum Schlusse wurden noch 10 ccm des gewöhnlichen Serum subcutan in die rechte Flanke injicirt. Am folgenden Tage war Patient enschieden besser, da die klonischen Krämpfe aufgehört hatten, die Muskelstarre war aber noch sehr gross. Abends setzten die klonischen Zuckungen wieder ein und es wurde nötbig, eine Morphiumeinspritzung zu machen, der man eine subcutane Injection von 10 ccm Serum folgen liess; am folgenden Tage wurden 20 ccm Serum eingespritzt und diese Behandlung wurde 10 Tage lang beibehalten. Die geringsten Geräusche brachten die Krämpfe zum Vorschein, die immer von Beschleunigung der Athmung, von Tachycardie und heftigem Schweissausbruch begleitet waren. Allmählich liessen die Krämpfe nach und als Patient 24 Stunden frei davon gewesen war, setzte man mit den Einspritzungen aus. 5 Wochen nach Beginn der Erkrankung kehrte der Mann zum activen Dienst zurück, den er seit einigen Wochen ohne Schwierigkeiten versieht. Hirnsymptome traten weder vor noch nach der Operation auf.

Mitchell Bruce: **Einige Fälle septikaemischer Infection Behandlung mit Antistreptococcenserum; rapide Heilung.** (Brit. Med. Journ., 8. Juli)

Ein 39jähriger Mann erkrankt plötzlich mit Schüttelfrost und Erbrechen, im Urin findet sich Blut, dabei heftige Gliederschmerzen; nach 10 Tagen scheinbare Besserung, die aber nur wenige Tage anhielt, dann neue Haematurie und ein Ausschlag; es folgten Tage, an denen Patient fieberfrei war, dann wieder Schüttelfröste mit hohen Temperaturen, Auftreten neuer Petechien und eines weichen systolischen Geräusches an der Mitralklappe. In der 5. Woche wurde septische Endocarditis diagnosticirt und in den folgenden 2 Tagen 3 Injectionen von je 10 ccm Antistreptococcenserum gegeben. Rapides Verschwinden des Fiebers, des Ausschlages und der anderen Symptome. Völlige Heilung des Kranken.

Im 2. Falle handelte es sich um einen 15jährigen Knaben, der Schüttelfröste und hohes Fieber bis 41° C. hatte, delirirte, leichte Nackenstarre und Opistothonus zeigte und über heftige Kopfschmerzen klagte. Dazwischen lagen gelegentlich fieberfreie Tage, an denen der Knabe ganz wohl schien, mit Appetit ass und zu lesen verlangte, dann wieder plötzliche Verschlimmerung; im späteren Verlauf der Krankheit Albuminurie und Auftreten eines

persistirenden präsystolischen Geräusches über der Mitralis. Am 39. Tage wurde mit Einspritzungen von Serum begonnen, anfänglich fiel die Temperatur, doch handelte es sich wohl um eine der spontanen Remissionen, da die Temperatur bald wieder anstieg. Am 48. Tage neue Behandlung mit Antistreptococcenserum, das aus einer anderen Quelle stammte. Sofortiger Nachlass der Symptome und Genesung nach 6 Einspritzungen von je 10 ccm. Am 67. Tage der Krankheit völlig geheilt mit einer Gewichtszunahme von 6 Pfund entlassen. In keinem der beiden Fälle wurde eine bacteriologische Untersuchung vorgenommen. Verfasser räth, bei Versagen eines bestimmten Antistreptococcenserums lieber ein anderes zu versuchen, statt die Behandlung aufzugeben. (Es ist immer zu berücksichtigen, dass das sog Antistreptococcenserum durchaus kein einheitliches Mittel ist und man sollte desshalb von jedem Serum wissen, wie es hergestellt wurde und wie sich die dazu benutzten Streptococcen verhielten, ebenso sollte vor Beginn der Behandlung der betreffende Fall von zuständiger Seite bacteriologisch untersucht werden, das würde vielleicht etwas Klarheit darüber bringen, warum manche Beobachter in scheinbar gleichen oder doch ähnlichen Fallen mit den Einspritzungen gar keine, andere dagegen glänzende Erfolge erzielt haben. Ref)

David Arthur: **Behandlung eines Falles von Puerperalfieber mit Antistreptococcenserum.** (Ibid.)

Beginn der Erkrankung am dritten Tage nach der Entbindung mit hohem Fieber, dem bald unstillbare Diarrhoe folgte. Trotz regelmässiger Sublimatspülungen von Uterus und Scheide rapide Verschlechterung; Genitalschleimhaut mit einer dicken, gelblichen Membran belegt, die im Deckglaspräparat nur Streptococcen zeigt; Uterus weich, reicht bis zum Nabel.

Man begann am 8. Tage der Erkrankung bei der anscheinend sterbenden Kranken mit Einspritzungen von Antistreptococcenserum. Schon die erste Injection von 10 ccm brachte die Temperatur herunter, auch fühlte die Patientin sich besser. In 9 Tagen wurden 6 Einspritzungen gegeben, darnach blieb die Temperatur normal. 5 Tage nach der letzten Einspritzung fühlte die Kranke sich nicht gut und bestand darauf, eine neue Einspritzung gemacht zu bekommen. Diese Injection rief einen Urticariaausschlag hervor und erzeugte grosses Schwächegefühl mit heftigen Diarrhoen, Gelenkschmerzen, Steifigkeit und starken Abgang von Blut aus dem After; die Patientin erholte sich langsam, wurde aber schliesslich ganz geheilt.

E. A. Peters: **Nebennierenextract und Cocain zur Erzielung schmerzloser und blutloser Operationen.** (Ibid.)

Verfasser verwendet bei Operationen an Nase, Ohr und Kehlkopf eine Mischung von Cocain und Nebennierenextract (von letzterem doppelt so viel als von ersterem). Der Nebennierenextract wird in 10—20 proc. Lösung verwendet, die stärkeren Lösungen namentlich für Operationen am Larynx. Man tränkt einen Wattetampon mit der Mischung und lässt ihn etwa ½ Stunde in der Nase, dann ist die Schleimhaut weiss und geschrumpft. Der Nebennierenextract hat neben seiner haemostatischen auch bedeutende anaesthesirende Wirkung und wird die Dauer der Unempfindlichkeit sehr verlängert. Etwa nach 2 Stunden beginnt meist stärkere Blutung, gegen die man sich durch Tamponade nach der Operation schützt Der Extract kann in Tablettenform von der Firma Burroughs and Wellcome bezogen werden.

Philip James: **Ein Fall von traumatischer Epilepsie, die einer 11 Jahre vorher erlittenen Schädelfractur folgte, Heilung durch Operation.** (Lancet, 22. Juli.)

Ich übergehe die sehr interessante Krankengeschichte mit einem physiologisch sehr merkwürdigen Augenbefunde und möchte nur darauf hinweisen, dass ein Stück des eingesunkenen Schädels entfernt und durch eine Silberplatte ersetzt wurde. Die Platte heilte gut ein und macht auch jetzt, 18 Monate nach der Operation, keinerlei Beschwerden, die epileptischen Anfälle sind ausgeblieben und ist Patient anscheinend völlig geheilt. (Es ist dies einer der wenigen Fälle, in welchen eine Heteroplastik am Schädel von gutem und andauerndem Erfolge begleitet war.)

A. O. Fitzgerald: **Die Behandlung der Malaria mit Einreibungen von Kreosot.** (Brit. med. Journ., 15. Juli.)

Verfasser ist ein warmer Vertheidiger dieser Methode, die er in Indien vielfach angewendet hat. Er gibt die Krankengeschichten von 26 Fallen, die alle durch Einreibungen von 15—20 Tropfen Kreosot, in Olivenöl gelöst, bald geheilt wurden. Namentlich bei Kindern war die Wirkung eine überaus rasche und günstige. Die Kreosoteinreibungen waren das einzige Heilmittel sowohl bei frischen Fällen wie auch bei älteren Fällen, in denen Chinin und andere Mittel versagt hatten. Besonders zu bemerken ist noch, dass Recidive nach dieser Behandlung viel seltener vorkommen sollen, als nach anderen Behandlungsmethoden

J. Hutchinson: **Die locale Behandlung der Psoriasis.** (Archives of Surgery. Vol. I, pag 72.)

Der bekannte Hautspecialist legt nur geringes Gewicht auf die innere Behandlung der Psoriasis, wenn er auch manchmal Arsenik verwendet. Am besten hat sich ihm folgendes Recept zur localen Behandlung bewährt: Acid Chrysophan. 0,75, Liqu. Carbon. deterg 0,75, Hydrarg. Ammon. Chlorid 0,75, Adip. Benzoat. 15,0. Diese Salbe wird täglich einmal gründlich in die von Schuppen befreiten Stellen (am besten nach einem Bade) eingerieben. Es ist am besten, die Salbe nicht wieder abzuwischen, doch lässt sich dies nicht immer umgehen, jedenfalls sollte täglich einmal gebadet und eingerieben werden. Der Theerzusatz vermindert das Flecken der Salbe bedeutend.

W. H. Bennet: **Die Behandlung der thrombosirten varicösen Venen durch Excision.** (Lancet, October 15. 1898 und April 8. 1899.)

Pearce Gould: **Dto.** (Lancet, 8. April.)

F. A. Southam: **Dto.** (Lancet, 29. April.)

Diese vier Arbeiten beschäftigen sich mit der Excision thrombosirter Venen, besonders der varicösen Vena saphena interna. Am besten ist es, das acut entzündliche Stadium vorübergehen zu lassen und dann nach vorheriger hoher Unterbindung die ganze Vene sammt Thrombus zu exstirpiren. Die grosse Wunde wird genäht und heilt primär. Die Reconvalescenz ist bedeutet abgekürzt und die Gefahr des Recidivs sowie etwaiger Verschleppungen des Thrombus sofort beseitigt. (Ref. kann aus eigener auf 4 Fälle gestützter Erfahrung diese Behandlung warm empfehlen.)

More Madden: **Die Behandlung des Uteruscarcinomes.** (Dublin Journ of Med. Sciences, Juni, pag. 401.)

Verfasser drückt zuerst sein Bedauern darüber aus, dass immer noch so viele Carcinome zu spät in die richtige Behandlung kommen und er gibt eine Reihe von diagnostischen Merkmalen, die aber nichts neues enthalten. Verf. tritt warm für die Entfernung des Carcinoms durch die Amputation der Cervix ein, gelingt es nicht, auf diese Weise das ganze Carcinom zu entfernen, so sind ausgedehntere Operationen auch gewöhnlich nur von kurzem Erfolge begleitet (eine Anschauung, die wohl von wenigen Gynäkologen getheilt wird).

Verfasser selbst hat die Cervix 31 Mal wegen Carcinomes amputirt und erlebte 1 Recidiv nach 4 Monaten, 5 innerhalb des ersten Jahres, 2 während der ersten 2 Jahre, 1 innerhalb von 3 Jahren, 1 nach 4 Jahren, 10 Fälle sind länger wie 4 Jahre recidivfrei, 5 länger wie 2, 6 länger wie 1 Jahr. Keine der Operirten starb an den Folgen der Operation, die mit dem Ecraseur oder dem Thermokauter ausgeführt wurde. Bei der palliativen Behandlung verlangt besonders der Schmerz Berücksichtigung, man bekämpft ihn durch Brompräparate, Belladonna, Conium, Trional, die Opiumderivate und vor Allem durch Orthoform. Meist muss man häufig wechseln. Als Desodorans bei Jauchung steht Wasserstoffsuperoxyd obenan, nur ist es sehr theuer. Formalin (1 proc. Lösung) und Terpentin sind auch sehr gut, letzteres wird so verwendet, dass man einen Esslöffel von reinem Terpentin mit einem Esslöffel voll Magnesia in 1 Liter kochenden Wassers auflöst. Man giesst die Lösung mehrmals um und schüttelt. Die Lösung wird warm angewandt und dient als vortreffliches Desodorans und Haemostaticum. Auch kann man einen in Tereben und Glycerin ää getauchten Tampon auf die jauchenden Massen andrücken und dort einige Stunden liegen lassen. Methylenblau in 5 proc. Lösung wirkt schmerzstillend und desodorirend, auch kann man es in den Tumor injiciren, wobei es häufig Verkleinerung desselben und Besserung der Symptome bewirkt. Auch Auskratzen mit nachfolgender Chlorzinkätzung oder Ausbrennen mit dem Glüheisen bringt oft Nutzen.

W. F. Dearden: **Fragilitas ossium bei Phosphorarbeitern.** (Brit. Med. Journ., 28. Juli.)

Verfasser weist auf die auch schon von anderen Aerzten (z. B. Magetot in Paris und Boocoorens in Grammont) gemachte Beobachtung hin, dass Arbeiter in Phosphorfabriken äusserst leicht die grossen Röhrenknochen brechen. Er selbst hat mehrere Fälle beobachtet, in denen die betreffenden (nicht an Phosphornekrose leidenden) Arbeiter mehrfach ohne genügende Ursache die Oberschenkel brachen. Einer seiner Kranken verlor kurz darauf durch eine Schneidemaschine einen Finger und Verfasser liess den Knochen desselben zugleich mit dem eines gleichaltrigen Arbeiters untersuchen, der nichts mit Phosphor zu thun gehabt hatte. Ein Vergleich dieser Knochenanalysen untereinander und mit denen normaler Knochen von Landois und Berzelius ergibt, dass das Verhältniss der Phosphorsäure zum Kalk im Knochen der Phosphorarbeiter um 1 Proc. grösser ist wie im gesunden Knochen. Verfasser glaubt, dass der Ueberschuss der Phosphorsäure mit dem vorhandenen neutralen phosphorsauren Kalk ein saures Salz bildet und dass hierdurch die Fragilitas ossium erklärt werden kann. Es wäre jedenfalls wünschenswerth, wenn weitere Analysen gemacht würden.

Syms: **Prostatectomie.** (Annals of Surgery, März 1899.)

Verfasser spricht sich energisch dagegen aus, die Prostata resp. Theile derselben von einem hohen Blasenschnitt aus zu entfernen. Nach ihm ist der sicherste und ungefährlichste Weg der perineale und zwar ging er bisher so vor, dass er von einem mittleren Schnitte aus den Damm eröffnete und von hier aus gegen die Prostata vordrang, nachdem er die Blase über der Symphyse eröffnet hatte und der in die Blase eingeführte Finger die Prostata nach unten drängte. Obwohl seine mit dieser Operation erzielten Resultate günstige sind, so wird doch der hohe Blasenschnitt von alten Leuten häufig schlecht vertragen, es treten Infectionen des praevesicalen Raumes ein, die die Heilung verzögern oder auch zum Tode führen. Er legt jetzt nur noch die Blase frei und drängt sie uneröffnet nach abwärts. Es gelingt ohne grossen Blutverlust und ohne grosse Mühe, Theile der Prostata zu entfernen, die Drainage ist gut, da sie am tiefsten Punkt liegt und die Harnröhre

wird nicht dauernd geschädigt. Zum Schlusse warnt Verfasser davor, die Operation zu lange aufzuschieben, da bei schwerer Blasen- oder gar Nierenbeckenentzündung die Erfolge der Operation natürlich nur sehr mässig sein können.

C. W. MacGilliwray: **Zwei mit Erfolg operirte Fälle von perforirtem Magengeschwür.** (Scotish Medical and Surgical Journal, Juli 1899.)

Der erste Fall betraf ein 23jähriges Dienstmädchen, das schon längere Zeit an anaemischen und gastrischen Symptomen gelitten hatte, jedoch ihrer Arbeit immer hatte nachkommen können. Am 4. Januar hatte sie heftige Magenschmerzen, die sich am folgenden Tage wiederholten und zu Erbrechen führten. Im Erbrochenen fand sich etwas Blut. Sie nahm trotzdem ein tüchtiges Mahl zu sich und ging dann aus. Auf der Strasse wurde sie von heftigen Schmerzen überfallen und wurde in ohnmächtigem Zustande im Wagen nach Hause gebracht. Noch am selben Abend wurde sie im Hospitale aufgenommen. Man fand nur sehr wenig Collaps, Leib starr und aufgetrieben, Brustathmung, die Leberdämpfung verschwunden, bei Druck auf die Magengegend wird heftiger Schmerz geklagt. Operation in Chloroformnarkose etwa 4 Stunden nach der Aufnahme. Aus der geöffneten Bauchhöhle strömt Gas und eitrig-fibrinöse Flüssigkeit.

In der Nähe der Cardia fand sich eine harte Stelle in der vorderen Magenwand, deren Mitte perforirt war, so dass man die Spitze des kleinen Fingers in die Perforationsöffnung legen konnte. Die Umgebung der Perforation wurde in Form einer Elipse ausgeschnitten und die Oeffnung mit einer zweifachen Nahtreihe geschlossen.

Die ganze Bauchhöhle war mit einer gelblichen, erbsensuppenähnlichen Flüssigkeit angefüllt, der Douglas allein enthielt etwa 3/4 Liter. Man machte eine Gegenöffnung über der Symphyse und spülte die ganze Bauchhöhle mit heisser Kochsalzlösung aus. Beide Incisionen wurden mit Glasröhren drainirt, im Uebrigen geschlossen. Am folgenden Tage erfolgte Stuhlgang, die Ernährung geschah per rectum, am zweiten Tage wurde Milch per os gegeben. Die Heilung ging gut von Statten, nur platzte die obere Wunde nach einigen Tagen theilweise auf und es entleerten sich eine Woche lang grosse Mengen jauchig riechenden Eiters und zum Theil auch Fetzen von Fettgewebe. 4 Wochen nach der Operation konnte das Mädchen völlig geheilt entlassen werden.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 24jähr. Frau, die seit Jahren an Magenbeschwerden gelitten hatte. Am Tage vor der Spitalaufnahme heftige Schmerzen; bei der Aufnahme schwerer Collaps, aufgetriebenes rigides Abdomen und Verlust der Leberdämpfung. Obwohl der Zustand ziemlich hoffnungslos schien, sofortige Operation. Gas und flockiger Eiter entleerten sich nach Eröffnung der Bauchhöhle. Man fand einen Sanduhrmagen mit sehr schmalem und harten Verbindungsstück, dessen Centrum perforirt war.

Die Perforationsstelle war gross genug, um dem kleinen Finger das Eindringen zu gestatten. Da ein einfaches Vernähen der Perforation die schmale Passage wohl gänzlich zum Verschluss gebracht hätte, so legte Verfasser durch die Perforation einen Schnitt in der Längsachse des Magens und vernähte denselben nach Mikulicz quer. Auch in diesem Falle wurde nach Anlegen einer Gegenöffnung die Bauchhöhle gründlich ausgewaschen und enorme Mengen von Eiter entfernt. Drainage beider Oeffnungen durch Glasröhren. Ernährung die ersten zwei Tage per rectum, dann per os. Das untere Drain wurde am zweiten, das obere am 4. Tage entfernt. Glatte Heilung erfolgte auch hier.

T. Kennedy-Dalziel: **Laparotomie bei perforirtem Typhusgeschwür.** (Ibid.)

Verfasser hat im Ganzen 8 Mal operirt. Zwei Fälle waren von vorne herein hoffnungslos und würde er jetzt nicht mehr in diesen Fällen operiren, 1 Fall schien besser zu werden, starb aber später an Darmblutung, ein anderer lebte 3 1/2 Tage nach der Operation, zwei starben bald nachher und 1 Fall wurde völlig geheilt. Die Prognose der Operation hängt ab 1. von frühzeitiger Diagnose, 2. vom Stadium des Typhus, 3. von der Schwere der Erkrankung und dem Zustande des Kranken und 4. von der Art der Perforation. Frühe Diagnose ist oft schwierig, 12 Stunden nach erfolgter Perforation dürfte der letzte Termin sein, in welchem noch Aussicht auf operative Heilung besteht. Heftiger Schmerz, einmaliges Erbrechen, subnormale Temperatur und rapider Puls sind die wichtigsten Frühsymptome. Es geht übrigens der Perforation gewöhnlich ein präperforatives Stadium voraus, charakterisirt durch Schmerzen bei Druck in der Ileocoecalgegend, sowie durch Pulsbeschleunigung. Verfasser empfiehlt, wenn dieses Stadium deutlich markirt ist, eine Laparotomie zu machen und das der Perforation nahe Geschwür zu übernähen (vielleicht richtiger die Geschwüre. Der Referent). Verfasser gibt dann die genaue Beschreibung seiner 8 Fälle, die manches Interessante darbieten. Im Ganzen sind übrigens bis jetzt etwa 80 Fälle bekannt, die durch Operation gerettet wurden, darunter befinden sich allerdings einige, in welchen die Perforation in einen schon vorher abgekapselten Raum erfolgt war, die Mehrzahl allerdings perforirte in die freie Bauchhöhle. Es scheint, als ob die Operation etwa 25 Proc. Heilungen gewährte. Die Operation selbst ist meist sehr einfach und sollte desshalb auch in Fällen von nicht ganz sicherer Diagnose unternommen werden. In 90 Proc. aller Fälle wurde die Perforation ohne Weiteres gefunden und zwar von einem kleinen Schnitte aus. Der Schnitt liegt am besten in der Mittellinie dicht unter dem Nabel. Meist sieht man sofort die Perforation, in anderen Fällen geht man vom Uebergang des Ileum in das Coecum aus und sucht das Ileum ab, wobei man leicht die Perforation findet. Natürlich muss dies so sorgsam wie möglich geschehen und ohne Druck, um nicht eine Blutung oder weitere Perforationen herbeizuführen. Das perforirte Ulcus wird am besten nicht ausgeschnitten, sondern eingestülpt und vernäht. Stets suche man die Umgebung der gefundenen Perforation nach weiteren verdächtigen Stellen ab.

Zum Schlusse werden das kleine Becken und die Seitentheile der Bauchhöhle mit Salzlösung ausgewaschen und drainirt. Die Ernährung erfolgt per os. Zum Schlusse weist Verfasser noch einmal darauf hin, die Laparotomie in diesen Fällen nicht als letztes, sondern als erstes Mittel zu versuchen.

J. P. zum Busch-London.

Amerikanische Literatur.

1) A. Stengel und H. D. Beyea-Philadephia: **Eine neue Operationsmethode der Gastroptosis.** (American Journal of the medical Sciences, Juni 1899.)

Die Autoren berichten über den günstigen Erfolg, den sie mit einer neuen Operationsmethode bei einem Fall von Enteroptose erzielten, nachdem an demselben früher schon die Nephrorrhaphie aus demselben Grunde, aber ohne Erfolg gemacht worden war. Das Princip der Methode besteht darin, dass nach Eröffnung des Abdomens in der Mitte zwischen Schwertfortsatz und Nabel der Magen hervorgezogen und die als gedehnt befundenen Ligamente desselben durch Anlegung von Suturen auf das normale Maass verkürzt wurden. Bezüglich der Details der Operation, wie Lagerung, Behandlung der einzelnen Ligamente, Anlegung der Suturen u. s. w. muss auf die Originalarbeit verwiesen werden. Der Erfolg der Operation war, wie die Untersuchung der Patientin nach einem Jahre ergab, ein sehr guter.

2) E. R. Baldwin und J. A. Wilder: **Ein Fall von Combination der lymphatischen Leukaemie mit Lungentuberculose.** (Ibid.)

Der hier beschriebene Fall ist interessant durch die selten beobachtete Combination der Leukaemie mit Tuberculose sowohl, als durch den langsamen Verlauf und die ausgesprochen lymphatische Form der Leukaemie.

3) E. P. Davis-Philadephia: **Geburtsverlauf bei anormalem Becken.** (American Journal of Obstetrics, Juni 1899.)

Statistischer Bericht über 466 im Verlauf von zwei Jahren im Jefferson Hospital beobachtete Geburten. Bei 32 Proc. derselben bestanden anormale Beckenverhältnisse, in 20 Proc. dieser Fälle war ein operativer Eingriff zur Beendigung der Geburt nöthig. Die Mortalitätsziffer der Operationen betrug für das Kind 1, für die Mutter = 0. Kaiserschnitt und Symphysiectomie kam in 14, bezw. 8 Fällen zur Ausführung. Nach den Erfahrungen von D. liefern alle geburtshilflichen Operationen, welche unter antiseptischen Cautelen ausgeführt werden, gleich gute Resultate, sofern nicht schon vorher eine septische Infection stattgefunden hat.

4) R. L. Dickinson-Brooklyn: **Ueber die Lagerung der Gebärenden.** (Ibid.)

Historisch-kritische Studie über die Vortheile der verschiedenen, vom 15. Jahrhundert an bis zur Jetztzeit, zur Erleichterung der Geburt angegebenen Lagerungen der Kreissenden mit zahlreichen Illustrationen.

5) G. Brown Miller-Baltimore: **Die Beziehungen des Streptococcus pyogenes zu den Beckenerkrankungen.** (Ibid.)

Das Studium von 127 im Johns Hopkins Hospital bacteriologisch untersuchten Fällen entzündlicher Erkrankung der Beckenorgane ergab nur in 7 Fällen das Vorhandensein des Streptococcus pyogenes, ein Befund, welcher mit der bisherigen Anschauung von der Seltenheit der reinen Streptococceninfection übereinstimmt. In 4 dieser Fälle handelte es sich um puerperale Parametritis, in einem weiteren Falle ist puerperale Infection wahrscheinlich. Die ursprüngliche Infection kann Monate vor dem Ausbruch der Entzündung erfolgt sein. Nur ein Fall endete letal. Bezüglich der Operation ist eine Eröffnung der Peritonealhöhle möglichst zu vermeiden, Entfernung der Adnexa ist selten angezeigt.

6) H. L. Elsner-New-York: **Pneumoniebehandlung.** (Therapeutik Gazette, Juni 1899.)

E. legt ein Hauptgewicht auf die bei Pneumonie meist bestehende Lähmung der Vasomotoren und dadurch bedingte Herabsetzung des arteriellen Druckes. Desshalb ist die Anwendung der Mehrzahl der Antipyretica, des Nitroglycerin u. s. w. in der Regel nur schädlich, wohingegen Digitalis und Strychnin, in Verbindung mit Alkohol und anderen Tonicis die beste Wirkung erzeugen.

7) Henry Koplik-New-York: **Ein diagnostisch wichtiges Frühsymptom der Masern.** (Medical News, 3. Juni 1899.)

K. betont die diagnostische Bedeutung des von ihm schon vor zwei Jahren beschriebenen Frühsymptoms der Masern. Diese sogenannten «Koplik'schen Flecken» bestehen in kleinen hellrothen Flecken von unregelmässiger Form mit bläulich-weiss schimmerndem Centrum und zeigen sich auf der Mundschleimhaut ein bis fünf Tage vor dem Ausbruch des Hautexanthems. Am deutlichsten erscheinen sie bei directem Sonnenlicht. Die pathogno-

monische Bedeutung dieses Schleimhautexanthems ist mehrfach z. B. von Escherich-Graz u. A. bestätigt worden.

8) N. S. Davis-Chicago: **Prognose der Klappenfehler des Herzens.** (Medical News, 17. Juni 1899.)

Die an einem Material von 250 Klappenfehlern eigener Beobachtung gesammelten Erfahrungen ergaben, dass die Mitralstenose die beste Prognose in Bezug auf ungestörte Compensation besitzt. Angeborene Herzfehler und solche, welche durch eine acute Infectionskrankheit entstehen, bleiben meist lange stationär, während die durch Rheumatismus und Degenerationsprocesse bedingten mehr progressiven Charakter zeigen. Das Lebensalter und die Ausdehnung des localen Processes sind für die Prognose von grösster Bedeutung. Plötzlicher Tod in Folge eines Herzfehlers ist nach seiner Erfahrung eine Ausnahme und nicht, wie vielfach angenommen wird, die Regel, bei Aorteninsuffizienz tritt er in etwa 1/4 der Fälle ein.

9) V. Th. Bowditch-Boston: **Resultate der Sanatoriumsbehandlung bei Phthise.** (Boston medical and surgical Journal, 22. Juni 1899.)

Der Bericht, den B. über das Schicksal von 34 im Jahre 1891 aus dem Sharon Sanatorium als gebessert, bezw. geheilt entlassenen Phthisikern gibt, ist ein Beweis dafür, dass eine Heilung der Tuberculose durch Behandlung in einer Anstalt auch unter ungünstigen klimatischen Verhältnissen und in unmittelbarer Nähe einer grossen Stadt, wie das bei dem erwähnten Sanatorium der Fall ist, sehr wohl erfolgen kann. Von den 34 Fällen starben in dem Zeitraum von 7 Jahren nur 6 meist in Folge der ungesunden Wohnungs- und Arbeitsverhältnisse, zu denen sie zurückkehrten, die übrigen sind gesund und arbeitsfähig, nur bei drei derselben traten vorübergehende Recidive ein.

10) A. E. Austin-Boston: **Amylumverdauung und ihr Verhältniss zur Salzsäure im Magen.** (Boston medical and surgical Journal, 29. Juni 1899.)

A. weist experimentell nach, dass die vegetabilischen, wie die animalen Eiweissstoffe die freie Salzsäure des Magens zu binden im Stande sind, dass die so gebundene Salzsäure keinen hemmenden Einfluss auf die Amylumverdauung mehr auszuüben im Stande ist, und dass der grösste Theil des Stärkemehls im Magen durch das Ptyalin des Speichels verdaut wird, ehe die neu producirte Magensalzsäure im Stande ist, die Wirkung des Speichelferments zu neutralisiren.

11) John S. Billings-New-York: **Streptococcus scarlatinae.** (New-York medical Journal, 3. Juni 1899.)

Bei einer Nachprüfung der von Klein und Kurth gemachten Angabe über die Entdeckung eines für Scharlach charakteristischen Streptococcus, an 17 Fällen fand B. in 50 Proc. der Culturen zwar die beschriebenen Colonien, aber die damit angestellten weiteren Versuche ergaben negatives Resultat, nur in einem einzigen Falle gelang es, einen annähernd gleichen Streptococcus zu isoliren. Die diagnostische Bedeutung desselben wird daher sehr in Frage gestellt.

12) Alexander Skene-Brooklyn: **Die Bedeutung der Stimme für die Diagnose.** (New-York medical Journal, 10. Juni 1899.)

In dieser interessanten, in Kürze leider nicht wiederzugebenden Abhandlung bespricht S. die Veränderung der Stimme, welche für einzelne Krankheiten als geradezu charakteristisch bezeichnet wird und in zweifelhaften Fällen diagnostischen Werth besitzen kann.

13) John S. Pyle-Ohio: **Pneumonectomie.** (Ibid.)

Die Frage der chirurgischen Behandlung der tuberculösen Spitzenerkrankungen durch Excision der befallenen Lungenpartien wurde durch eine Anzahl von 40 Experimenten an Hunden studirt und fand P., dass die Operation ziemlich leicht und ohne besondere Gefahr ausführbar ist. Das von ihm angewandte Verfahren besteht in der Resection der 3. oder 4. Rippe, worauf die Lungenspitze unter möglichster Vermeidung von Lufteintritt in die Pleurahöhle in die Wundöffnung hervorgezogen, durch Ligatur und Klemmen abgeschnürt und mittels Thermokauter abgetragen wird. Hierauf Vernähung der Pleura und der darüber liegenden Gewebe. Nach seinen Erfahrungen erfolgt sehr rasch Resorption der eingedrungenen Luft, sowie Ausdehnung der Lunge und 2—4 Wochen nach der Operation war kaum mehr eine Spur der Narbe zu entdecken.

14) Harold Williams und Horace D. Arnold-Boston: **Die Wirkung forcirter Muskelarbeit auf das Herz.** (Philadelphia medical Journal, 3. Juni 1899.)

Die Autoren studirten den Einfluss, welchen langdauernde und übermässige körperliche Anstrengung auf den Herzmuskel ausüben, an den 13 Theilnehmern des sog. Marathonrennens (zu Fuss) des Bostoner Athletenclubs. Hochgradige Erschöpfung des ganzen Muskelapparates, inclusive des Herzmuskels, bei 9 derselben bestand nach dem Rennen systolisches Geräusch über der Mitralis, Verbreiterung der Herzdämpfung.

15) Charles F. Craig: **Combination von Abdominaltyphus und Malaria.** (Philadelphia medical Journal, 17. Juni 1899.)

Beschreibung des selten vorkommenden Falles von gleichzeitig vorhandener Typhus- und Malariainfection. Die ersten 15 Tage beherrschte der Abdominaltyphus, klinisch durch die am 12. Tage erhaltene Widal'sche Probe und Diazoreaction des Urins nachgewiesen, das Feld. Vom 15. Tage an manifestirte sich eine, den Quartantypus zeigende, durch den mikroskopischen Blutbefund nachgewiesene Malaria, ein Recidiv früherer, wiederholt durchgemachter Attaquen. Ausgang in Heilung.

16) A. C. Cotton-Chicago: **Zur Kinderernährung.** (Journal of the American medical association, 3. Juni 1899.)

C. empfiehlt lebhaft die Anwendung des Hühnereiweisses für alle Fälle, in welchen die Proteide der Kuhmilch oder deren künstliche Ersatzstoffe nicht vertragen werden. Da das Ei von Natur bacterienfrei ist, fällt die Nothwendigkeit des Kochens, wodurch das Eiweiss coagulirt und weniger leicht verdaulich würde, weg.

F. Lacher-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Tübingen.** Juli 1899.

28. Cramer Anton: Ueber Blasensteinfisteln.
29. Riegg Hugo: Ein neuer Fall von Sectio caesarea vaginalis (nach Dührssen) am Ende der Gravidität mit Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinoms der Portio.
30. Timmermann Wilhelm: Zur Casuistik der Pharyngotomia subhyoida.
31. Waly Karl: Ueber die sogen. bactericide Eigenschaft des Blutserums. Habil. Schr.
32. Zeller Otto: Ueber Cataract und Diabetes.

August.

33. Nast-Kolb Alban: Zwei Fälle von retrouterinem subperitonealem Tumor.
34. Zahn Theodor: Der Haemoglobingehalt des Blutes bei Gastrektasie.
35. Zipperlin Hermann: Die Totalexstirpation dds septischen Uterus.

Vereins- und Congressberichte.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie in München.

(Officielles Protocoll.)

Sitzung vom 20. Juni 1899.

Herr **Carl Röse: Die pflanzlichen Parasiten der Mundhöhle und ihre Bekämpfung.**

(Wir entnehmen dem ausführlichen, in den Sitzungsberichten der Gesellschaft zum Abdruck gelangenden Vortrag folgende Schlussbemerkungen:)

Ich komme zum Schlusse zur kurzen Besprechung eines Mittels, welches vielleicht in der zukünftigen Mundpflege eine tonangebende Rolle spielen wird. Schon öfters ist, besonders in der vorantiseptischen Zeit, der Alkohol zur Mundpflege empfohlen worden. So steht z. B. in dem «Handbuche der zahnärztlichen Heilmittellehre» von Holländer und Schneidemühl 1890 auf Seite 44 geschrieben: «Als gewöhnliche Mundtinctur genügt jedoch Cognac oder Franzbranntwein in Wasser.»

Bekanntlich war es Fürbringer, welcher zuerst den Alkohol zur Händedesinfection in Vorschlag brachte. Früher glaubte dieser erfahrene Kliniker, dass die fettlösende Eigenschaft des Alkohols die wesentlichste Ursache seiner Wirkung sei, indem gleichzeitig mit der Entfernung des Fettes die ihm anhaftenden Bacterien weggeschwemmt würden. Neuere Untersuchungen von Fürbringer und Freyham [1]) haben jedoch gezeigt, dass andere fettlösende Mittel, wie Aether, Chloroform u. a. nicht denselben bacterientödtenden Einfluss wie Alkohol haben. Alkohol besitzt also neben seiner indirecten Desinfectionskraft (Fettlösung) auch eine directe, stark bactericide Wirkung. Nur Sublimat 1 : 500 wirkt noch energischer.

Auch Ahlfeld [2]) tritt warm für den Alkohol ein. Vor Allem aber hat Epstein [3]) eine sorgfältige bacteriologische Prüfung dieses Mittels unternommen. Letztgenannter Forscher kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Dem absoluten Alkohol kommt keine desinficirende Kraft zu, wohl aber seinen Verdünnungen.

2. Die stärkste Desinfectionskraft besitzt etwa 50proc. Alkohol. Bei höherer oder geringerer Concentration des Mittels nimmt die Desinfectionskraft ab.

---

[1]) Fürbringer und Freyham: Neue Untersuchungen über die Desinfection der Hände. Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 6.

[2]) Ahlfeld: Die Heisswasseralkoholdesinfection und ihre Einführung in die allgemeine Praxis. Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 8.

[3]) F. Epstein: Zur Frage der Alkoholdesinfection. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten 1897, Bd. 24.

3. In hochprocentigem Alkohol gelöste Desinficientia verlieren ihre Wirkung. Dagegen wirken Sublimat, Carbol, Lysol und Thymol bei gleicher Concentration in 50 proc. spirituöser Lösung besser desinficirend als in wässeriger Lösung.

Ich selbst habe, ohne von den genannten Arbeiten Kenntniss zu haben, seit 2 Jahren unverdünnten Franzbranntwein (etwa 50 proc. Alkohol) zum Befeuchten der Zahnbürste empfohlen, um das schwammige, leicht blutende Zahnfleisch eines ungepflegten Mundes rasch zur Abheilung zu bringen. A. Witzel benützt zu gleichem Zwecke Seifenspiritus, doch beeinträchtigt der zu grosse Seifenzusatz die Wirkung des Alkohols einigermaassen.

Zu täglichen Spülungen kann der Alkohol leider nicht benützt werden. Es ist thatsächlich eine Quälerei, 40—50 proc. Alkohol eine Minute lang im Munde behalten zu müssen. Höhere Concentrationen lassen sich im Munde überhaupt nicht prüfen. Die Schleimhaut des Gaumens und der Wange brennt beim Alkoholspülen wie Feuer, dagegen ist das Zahnfleisch gegenüber diesem Mittel ziemlich unempfindlich.

Die sofortige bactericide Wirkung des Alkohols im Munde ist eine beträchtliche. Sie kommt im Durchschnitte der Wirkung des stärkeren 10 proc. Sublimatbenzoesäuregemisches nahe; bei mir selbst übertrifft sie sogar die Wirkung dieses Gemisches nicht unbeträchtlich, vielleicht darum, weil ich allein von allen Versuchspersonen eine Minute lang wirklich gespült habe, während die anderen froh waren, den Alkohol so lange ruhig im Munde behalten zu können. Allerdings besitzt der Alkohol keine Dauerwirkung. Es dürfte sich daher empfehlen, ihn gemeinsam mit einem Antisepticum von ausgeprägter Dauerwirkung zu verwenden.

Nach meinen klinischen Beobachtungen scheint der Alkohol, abgesehen von seiner bactericiden Natur, eine specifisch heilende Wirkung auf die kranke Mundschleimhaut auszuüben. Er ruft eine arterielle Fluxion hervor, unter deren Einflusse die venöse Stase des kranken Zahnfleisches allmählich schwindet. So gesundet das Zahnfleisch ziemlich rasch.

Herr Professor Buchner hat ganz unabhängig von meinen Versuchen ebenfalls die günstige Wirkung des Alkohols auf die Mundschleimhaut festgestellt.

Da der Alkohol nicht zum Spülen, sondern nur zur Befeuchtung der Zahnbürste Verwendung finden kann, so geht mein Bestreben dahin, aus Alkohol, praecipitirtem Kalke und einem geeigneten Antisepticum einen Zahncream herzustellen, welcher die mechanische Reinigung des Zahnpulvers und die chemische des Mundwassers zugleich ersetzt. Bislang scheiterten meine Versuche leider an dem Umstande, dass zu grosse Mengen von Seife nöthig waren, um einen solchen Cream haltbar zu machen. Ausserdem entspricht von den bislang bekannten Antisepticis keines vollständig meinen Anforderungen. Salol genügt nicht. Es wäre eine dankbare Aufgabe für die Herren Chemiker, eigens für die Mundpflege ein dem Odolantisepticum ähnliches, aber womöglich noch stärker wirkendes aufspaltbares Antisepticum zu construiren und bekannt zu geben.

Anzahl der Spülserien	Spülwasser	Procentverhältniss der Colonieen in der Versuchsreihe: ungeputzter Mund (Controlspülung)	nach ¼ Stunde	nach ½ Stunde	nach 2½ Stunden	nach 4 Stunden	Durchschnittswerth der 4 letzten Versuche	Procentsatz der durch die Mundwässer abgetödteten oder am Wachsthum verhinderten Bacterien
24	Kochsalzpeptonlösung (blutwarm)	100	95	117	347	398	239 (100%)	0%
4	Miller's Sublimat-Benzoesäure 10%	100	9	12	8	28	14 (6%)	94%
4	Miller's Sublimat-Benzoesäure 5%	100	25	21	23	32	25 (10%)	90%
4	Salicylsäure 1:300 (blutwarm)	100	23	11	72	115	55 (23%)	77%
4	Miller's Saccharin-Benzoesäure 10%	100	62	67	211	217	139 (58%)	42%
8	Miller's Benzoesäure-Ratanh 10% (frisch)	100	61	81	237	285	166 (69%)	31%
4	Dasselbe mehrere Monate abgestanden	100	77	98	400	669	311 (130%)	— 30%
12	Dasselbe 5% (frisch)	100	129	107	334	397	242 (101%)	— 1%
12	Dasselbe 2% (frisch)	100	115	157	345	472	272 (114%)	— 14%
8	Miller's Benzoesäure-Thymol 10% (frisch)	100	68	82	231	249	158 (66%)	34%
7	Dasselbe 5% (frisch)	100	93	101	249	393	209 (87%)	13%
8	Dasselbe 2% (frisch)	100	113	128	487	510	309 (129%)	— 29%
8	Odol 10%	100	53	68	203	289	153 (64%)	36%
8	Oodolantisepticum 1:330	100	70	84	205	219	145 (61%)	39%
8	Salol 1:330	100	113	109	228	342	198 (83%)	17%
20	Odol 5%	100	77	78	205	259	155 (65%)	35%
16	Odolantisepticum 1:660	100	72	78	221	260	158 (66%)	34%
8	Salol 1:660	100	113	115	444	383	264 (110%)	— 10%
8	Odol 2%	100	67	83	304	242	174 (73%)	27%
12	Odol 1%	100	104	102	274	324	201 (84%)	16%
4	Eau de Botot 5%	100	109	106	233	388	209 (87%)	13%
4	Eau de Botot 2%	100	121	141	341	269	243 (102%)	— 2%
8	½% Formalin	100	31	43	109	193	94 (40%)	60%
8	Kosmin 10% (aus dem Laden)	100	102	99	299	307	202 (84%)	16%
12	Kosmin 10% (aus der Fabrik)	100	47	60	170	236	128 (54%)	46%
16	Kosmin 5% (aus dem Laden)	100	107	111	321	444	245 (103%)	— 3%
4	Kosmin 5% (aus der Fabrik)	100	76	96	277	300	187 (78%)	22%
8	Kosmin 2% (aus dem Laden)	100	138	142	354	391	256 (107%)	— 7%
8	Kosmin 2% (aus der Fabrik)	100	100	106	294	299	200 (84%)	16%
8	Physiologische Kochsalzlösung (blutwarm)	100	78	79	318	218	173 (72%)	28%
10	Alkohol 40% (Gew.)	100	16	20	91	142	67 (28%)	72%

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie des Sciences.

Sitzung vom 10. u. 17. Juli 1899.

Ueber das Egol, ein neues Antisepticum.

Gautrelet bespricht eingehend den Ursprung und die chemische Zusammensetzung der Egole, welche aus Phenol, Cresol, Thymol durch Zusatz von Hg. und Nitrisirung entstehen. Die Egole sind sehr beständige Verbindungen (Phenegol, Kresegol und Thymegol), sie zeigen sich als rothbraunes Pulver, sind schwer krystallisirbar, löslich in Wasser, unlöslich in concentrirtem Alkohol. Die wässerigen Lösungen sind ohne Geruch oder besonderen Geschmack, sind neutral, weder kaustisch noch irritirend, werden durch organische Substanzen nicht zersetzt, sind nicht flüchtig. Sie sind nicht toxisch, weil mindestens 2 g davon pro Kilo Thier nöthig sind, um den Tod herbeizuführen. Per os eingeführt, wirken sie emetisch, ihre Elimination ist eine sehr rasche. Die Egole wirken stark bacterientödtend, in der Dosis von 4:1000 verhindern sie in den Culturen jede Bacterienwucherung.

Die Rolle der Wärme bei der Muskelthätigkeit.

Raphael **Dubois** hat seit mehreren Jahren diesbezügliche Untersuchungen an Murmelthieren angestellt und zwar in zweierlei Art, je nachdem die Muskeln physiologisch erkältet oder erwärmt waren. Es ergab sich, dass im letzteren Falle die für die Muskelcontraction verlorene Zeit um ein Drittel kürzer ist, als im erkälteten Zustande. Die Dauer der zunehmenden wie der abnehmenden Activität ist um die Hälfte kürzer bei dem warmen Murmelthier. Die Arbeitsleistung ist bei letzterem sehr vermehrt, welches nicht nur schwerere Lasten, sondern auch zu einer grösseren Höhe und in kürzerer Zeit erheben kann, im besten Falle

sind diese Leistungen 10 mal grösser beim warmen Thier. Die Muskelermüdung zeigt sich viel rascher beim warmen wie beim kalten Thier. Bei den experimentellen Bedingungen, welche gegeben waren, konnte man die beobachteten Unterschiede weder einem Mangel an Sauerstoff, noch einem solchen von Kohlehydraten in der Nahrung beim kalten Thier zuschreiben, sondern den mehr oder weniger grossen, dem Muskel zur Verfügung stehenden Wärmemengen; in normalen Grenzen bildet also die Wärme eine wichtige physikalische Bedingung zur Entwicklung der Muskelkraft.

Die Verhütung und Heilung der toxischen Epilepsie durch Injection normaler Nervensubstanz.

Nach den Versuchen von **Babes** und **Bacoucea** an Kaninchen verhindern die in genügender Menge gemachten Injectionen von Nervensubstanz, selbst 2 Tage vor der Einführung des Epilepsie erzeugenden Giftes, diese Affection und den Tod. Diese Art der Injection von Nervensubstanz kann Hunde vor der Tollwuth retten, ebenso wie sie gegen den Tetanus wirksam ist, und müsse noch weitere Anwendung finden bei einer Reihe von Krankheiten, welche durch Substanzen hervorgerufen werden, die direct das Nervensystem angreifen.

Neue Anwendung der Radiographie in der Medicin.

Albarran und **Contremoulin** haben radiographisch bei einem 36jähr. Mann einen Nierenstein constatirt und die vorgenommene Nephrolithotomie das Vorhandensein desselben bekräftigt. Dieser Kranke ist der erste in Frankreich, bei dem man durch Röntgenstrahlen Nierenstein feststellen konnte. Um ein richtiges Bild zu erhalten, ist es wichtig, dass der Kranke in möglichst vollständigem Contact mit der Platte sei und zwar an der ganzen Rückengegend, ferner muss die Platte vor den äusseren X-Strahlen geschützt werden; damit die Strahlen so dicke Schichten wie den Bauch des Erwachsenen durchdringen und die Sitzungsdauer nicht über die Norm (ca. 10 Minuten) ausgedehnt wird, muss ferner ganz specielle Sorgfalt auf die Luftleerheit der Tube gelegt werden und sind verschiedene weitere Feinheiten zu beobachten.

Guilleminot hat einen Apparat erfunden und vorgezeigt, wodurch es leichter, wie bisher, gelingt, die Bewegungen der Aorta und des Herzens radioskopisch zu studiren.

Abel **Buguet** hat die Radiographie benützt, um die Stadien der Knochenregeneration bei amputirten Thieren zu studiren.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 10. und 25. Juli 1899.

Dermatosen gastrischen Ursprungs.

Robin und **Leredde** haben die Beziehungen studirt, welche zwischen den Magenaffectionen und gewissen Dermatosen, wie Prurigo und Lichen, bestehen. Besnier hatte schon früher auf diesen Zusammenhang hingewiesen und diese Dermatosen für wahre Toxaemien erklärt. Bei 30 Kranken mit Lichen ruber, Prurigo, Akne vulg. u. s. w. wurde der Magenchemismus abnorm befunden (Anwesenheit von Milch- und Buttersäure in 28 Fällen), obwohl in 15 dieser Fälle keine subjectiven Beschwerden vorhanden waren. Diese 30 Kranken kamen unter 124 Dyspeptikern zur Beobachtung, so dass R. und L. schliessen, die Dyspepsie verursache in ca. 1/4 aller Fälle Dermatosen. Die Frage, durch welchen Mechanismus die dyspeptischen Beschwerden auf die Haut wirken können, beantworten sie auf dreierlei Weise: Störungen der Ernährung (verminderte Oxydationsvorgänge), Veränderungen des Blutes (Vermehrung der eosinophilen Zellen) und ebenso des Schweisses (Auftreten von Milchsäure). Diese Pathogenese gestattet eine rationelle Therapie, durch welche grösstentheils Heilung oder bedeutende Besserung des Hautleidens erzielt wurde. Es handelt sich in erster Linie darum, gegen die Dyspepsie, besonders die abnormen Gährungsvorgänge im Magen, vorzugehen (mit Fluorammonium, Jodcinconidin, Jodschwefel und Michdiät). Bei der Localbehandlung ist es wichtig, die Haut dem Einflusse der Luft zu entziehen; nach Bestäubung mit Silicatwasser, welches mit nascirendem doppeltkohlensauren Calcium versetzt ist, wird auf die Haut eine Schicht sog. Wunderbalsams gelegt. St.

(Schluss folgt.)

IV. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Aerzte

in München am 17. September 1899 Nachmittags 3 Uhr im Saale der Abtheilung für Neurologie u. Psychiatrie (Polytechnicum).

Tagesordnung:

1. Geschäftliches. 2. Kraepelin-Heidelberg: Neuere psychologische Erfahrungen über die Alkoholwirkung 3. Colla-Finkenwalde: Neuere klinische Erfahrungen über die Alkoholwirkung. 4. Bunge-Basel: Ueber die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen, und den Zusammenhang dieser Unfähigkeit mit dem Alkoholismus.

Nach der Sitzung findet ein gemeinsames Essen im Hôtel Souchy (Schillerstrasse) statt.

Heidelberg, 20. August 1899. Kraepelin.

Verschiedenes.

Ein seltenes Geburtshinderniss. In der Lancet vom 19. August 1899 wird von Mallins folgender seltene Fall erwähnt: Bei einer Erstgebärenden sollte die Zange angelegt werden. Die Einführung der Blätter erfolgte ohne jedes Hinderniss, beim Versuche jedoch, die Zange zu schliessen, zeigte sich ein Widerstand, der sowohl die Adaption des oberen Blattes, als dessen Herausnahme unmöglich machte, indem sich dasselbe zwischen Kopf und einem kleineren, ebenso harten Körper eingekeilt erwies und jeder Versuch, das Blatt herabzuleiten, auch das betreffende Hinderniss mit herabzog M. beschränkte sich darauf, bei der weiterhin der Natur überlassenen Entwicklung das zurückgebliebene Zangenblatt in entsprechender Weise zu dirigiren und zeigte sich nun bei der nach Geburt des Kopfes folgenden Entwicklung von Schulter und Arm, dass der Vorderarm durch das Fenster des Zangenblattes vorgefallen war, und sich im Ellbogen eingehackt hatte. Ausser vorübergehenden Quetschungssymptomen zeigte der Arm keine Verletzung. Das Vorkommniss ist, soviel bekannt, noch nirgends beschrieben, und sei desshalb hier erwähnt. F. L.

Therapeutische Notizen.

Antifebrinmissbrauch. A. W. Gilmore berichtet im Philadelphia medical Journal No. 25, 1899 über einen interessanten Fall von 20 Monate lang fortgesetztem täglichen Gebrauch von 0,3–0,6 g Antifebrin. ohne dass je schädliche Nebenwirkungen beobachtet worden wären. Eine Steigerung der Dosis zur Erzielung des gewünschten Effectes war nicht nöthig, dagegen wurde jede Verminderung schmerzhaft empfunden. Das Grundleiden war Uteruscarcinom, die Patientin 58 Jahre alt, das Acetanilid wirkte schmerzstillend und beruhigend.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 5. September. Der 3. internationale Congress für Geburtshilfe und Gynäkologie in Amsterdam hat, wie vorauszusehen war, unter stricter Nichtbetheiligung der deutschen Gynäkologen stattgefunden. Dies verdient hervorgehoben zu werden, da noch kurz vor Beginn des Congresses der Versuch gemacht wurde, die Solidarität der Deutschen als gescheitert hinzustellen. Das Zusammenhalten der deutschen Gynäkologen zur Abwehr einer ihnen zugedachten Kränkung ist ein erfreulicher Beweis eines starken, allerdings ganz selbstverständlichen, nationalen Ehrgefühls. Nach Allem nun, was über den Congress nach den Berichten ausländischer Blätter verlautet, haben die Deutschen dort nicht viel versäumt. Die «Semaine médicale», die sich übrigens einer unverantwortlichen, offenbar absichtlichen Verdrehung der Gründe schuldig macht, die zum Fernbleiben der Deutschen geführt haben, nimmt diesen Congress zum Anlass, eine andere Organisation der Congresse anzuregen. Es müsse eine Auswahl aus der Fluth von Vorträgen getroffen werden; der Hörer ermüde unter der Unzahl von Arbeiten, von denen er fast mit Sicherheit voraus weiss, dass sie wenig oder nichts Neues enthalten; überall finde man die Wiederholung längst bekannter, nur für die besondere Gelegenheit neu aufgebürsteter Thatsachen. — Vielleicht wäre dieses herbe Urtheil, das über den Congress von gewiss unparteiischer Seite ausgesprochen wird, nicht zu fällen gewesen, wenn die deutschen Gelehrten anwesend gewesen wären.

— Zur Verhütung der Einschleppung der Pest wurde durch kaiserliche Verordnung die Einfuhr von Leibwäsche, alten und getragenen Kleidungsstücken, gebrauchtem Bettzeuge, Federn und Lumpen jeder Art aus Portugal verboten Auf Leibwäsche, Bettzeug und Kleidungsstücke, welche Reisende zu ihrem Gebrauche mit sich führen oder welche als Umzugsgut eingeführt werden, findet das Verbot des § 1 keine Anwendung; jedoch kann die Gestattung der Einfuhr derselben von einer vorherigen Desinfection abhängig gemacht werden. Der Reichskanzler ist ermächtigt, einerseits Ausnahmen von dem Einfuhrverbot unter Anwendung der erforderlichen Vorsichtsmaassregeln zuzulassen, andererseits das Einfuhrverbot auf Portugal benachbarte Länder auszudehnen. Der Reichskanzler hat ferner die Bundesregierungen ersucht, die allgemeine Anzeigepflicht für Pest und pestverdächtige Fälle, soweit sie in den Einzelstaaten noch nicht besteht, einzuführen und zu veranlassen, dass dem kaiserlichen Gesundheitsamt als Centralmeldestelle für das Reich von etwaigen Erkrankungs- und Todesfällen, bei welchen Pest oder Pestverdacht vorliegt, telegraphische Mittheilung gemacht wird. Auch soll darauf Bedacht genommen werden, dass Untersuchungsstationen zur bacteriologischen Feststellung der Seuche zur Verfügung stehen. — Zum Studium der Pest begeben sich Prof. Dr. Frosch vom Institut für Infectionskrankheiten in Berlin im Auftrage der preussischen Regierung und Professor Dr. Kossel im Auftrage des Reichsamts des Innern demnächst nach Oporto. — Bis zum 26. August sind 51 Erkrankungs- und 18 Todesfälle an Pest in O. vorgekommen. Unter den von den portugiesischen Behörden in Anwendung gebrachten Schutzmaassregeln spielt auch der Militärcordon eine Rolle; 8 Bataillone Infanterie bewachen die Um-

gebung der Stadt; trotzdem werden schon jetzt aus verschiedenen benachbarten Orten verdächtige Fälle gemeldet. — In Alexandrien sind in der Woche vom 20. bis 26. August 3 Erkrankungs- und 2 Todesfälle vorgekommen, im Ganzen seit Beginn der Epidemie 88, darunter 42 Todesfälle.

— Eine von Prof. H. Griesbach-Mülhausen und Geheimrath Eulenburg-Berlin sowie von anderen Freunden einer rationellen Schulreform (darunter H. Cohn-Breslau, Flechsig-Leipzig, Weigert-Frankfurt a. M. u. A.) unterzeichneter Aufruf lädt diejenigen Theilnehmer der Naturforscherversammlung in München, welche sich für die Bestrebungen einer hygienischen Schul- und Unterrichtsreform interessiren, ein, zu einer Berathung zusammenzutreten, über welche Näheres im Tageblatt der Versammlung bekannt gegeben werden wird. Die Berathung soll bezwecken, die Aufgaben und Ziele einer von pädagogischen und ärztlichen Gesichtspunkten ausgehenden Schulreform und Unterrichtshygiene festzustellen und eventuell die Gründung eines allgemeinen deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege anzubahnen.

— Die Redaction der «Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen» veranstaltet eine Sammelforschung, betreffend die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf den menschlichen Organismus. Es soll diese Sammlung in gewissem Sinn eine Ergänzung zu der von der Röntgen-Society in London begonnenen und ähnlichen Zwecken dienenden Untersuchung sein. Alle diejenigen Aerzte, welche über Erfahrungen auf diesem Gebiete verfügen, werden ersucht, unter möglichster Benutzung eines Schemas, das von der Redaction erhältlich ist, einen kurzen Bericht an diese (Dr. Albers-Schönberg, Hamburg, Esplanade 38) senden zu wollen. Das so gewonnene Material wird von der Redaction geordnet und zur Publication vorbereitet werden. Eventuell könnte der gesammelte Stoff einer gelegentlich des nächsten Congresses für Chirurgie zu veranstaltenden Discussion zu Grunde gelegt werden.

— Major Ross, der Leiter der vom tropenhygienischen Institut in Liverpool zum Studium der Malaria nach Westafrika entsandten Commission, theilt mit, dass es ihm gelungen sei, in der Moskitoart Anopheles die Parasiten der quartanen Form der Malaria nachzuweisen. Als Vermittler der übrigen Malariaformen war dieses Insekt bereits bekannt.

— Der Kreisphysikus, Sanitätsrath Dr. Elten in Charlottenburg wurde als Hilfsarbeiter in das pr. Cultusministerium berufen, um in der Medicinalabtheilung bei der Ausführung des Gesetzes über die Dienststellung des Kreisarztes etc. mitzuwirken.

— Die Jahresversammlung des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke findet am 27. und 28. September in Stettin statt.

— In Ofen-Pest findet vom 12.—18. September ein internationaler Congress für Kinderschutzwesen statt.

— Das 70jährige Doctorjubiläum beging am 18. August d. J. der Medicinalrath Dr. Nieberding in Varel, einem Städtchen des Herzogthums Oldenburg. Der Jubilar, Vater des vielen jüngeren Collegen bekannten Professors Nieberding in Würzburg, ist trotz seiner 94 Jahre noch geistig und körperlich frisch. Uebrigens ist dieser hochbetagte College nicht einmal der Senior der Aerzte seines Heimathlandes: Der ehemalige Oberstabsarzt Medicinalrath Dr. Kohlschmitt in Oldenburg kann vielmehr auf eine 71jährige ärztliche Thätigkeit zurückblicken. Allerdings ist er 1 Jahr später, 1806, zur Welt gekommen, als Dr. H. Nieberding.

— In der 33. Jahreswoche, vom 13. bis 19. August 1899, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Harburg mit 54,2, die geringste Ulm mit 7,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— Der ärztliche Bezirksverein Eisenach ersucht uns um Aufnahme einer Warnung vor einer in Deutschland umherziehenden Arztwittwe M. aus Eisenach, die bei den Aerzten vorspricht und um eine Gabe bittet, «um sich in der betreffenden Stadt als Krankenpflegerin niederlassen zu können». Die Aerzte Eisenachs, welche die Verhältnisse der betreffenden Wittwe kennen, würden derselben eine Unterstützung nicht verwilligen.

(Berichtigung.) In No. 35 dieser Wochenschrift Seite 1143, Zeile 46 von oben lies statt «einförmig» unförmig.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Hugo Spiegelberg, appr. 1894; Dr Leop. Pappenheimer, appr 1892, beide in München.

Verzogen: Dr. Carl Bayerer von München nach Grönenbach.

Correspondenz.

Herr Dr. G. Feldmann in Stuttgart übersendet uns folgende Zuschrift.

«Ich erlaube mir, Sie darauf aufmerksam zu machen, dass in dem 1899 bei Deuticke erschienenen Lehrbuch der Zahnheilkunde von Jessen, einem im Uebrigen gut geschriebenen Buch, die Giftwirkung einzelner Arzneimittel in unverantwortlicher Weise übersehen wird.

p. 149 wird als Schlafmittel (!) für nervöse Patienten empfohlen:

Morph. hydr.	0,1
Sach. alb.	0,5

M. D. tal. dos. V.
S. Abends 1 Pulver.

Sollte es sich hier um einen Druckfehler handeln, so kann das doch keinesfalls auf p. 191 der Fall sein, wo V. durch Injection von 5—10 Tropfen einer 20proc. Cocainlösung Zahnextractionen schmerzlos machen will.

Erstens kann und soll man Injectionen überhaupt nicht nach Tropfen bemessen und zweitens entsprechen 10 Tropfen einer 20proc. Lösung 0,1 Cocain hydr. pur., während bei 0,05 bekanntlich schon wiederholt Vergiftungen schwerer Natur beobachtet wurden.

p. 196 wird gar empfohlen, Dermatolpulver mit Cocainkrystallen vermengt direct nach der Zahnextraction in die Wunde zu bringen.»

Wir übergehen einige weitere, weniger wichtige Ausstellungen, hielten jedoch die obigen Verstösse gegen die Maximaldosen für wichtig genug, um ihre Constatirung hier aufzunehmen.

Generalrapport über die Kranken der k. bayer. Armee
für den Monat Juli 1899.

Iststärke des Heeres:
61 055 Mann, 17 Invaliden, 211 Kadetten, 136 Unteroff.-Vorschüler.

		Mann	Invaliden	Kadetten	Unteroffizier-vorschüler
1. Bestand waren am 30. Juni 1899:		1420	2	3	2
2. Zugang:	im Lazareth:	983	—	—	3
	im Revier:	2302	1	6	—
	in Summa:	3285	1	6	3
Im Ganzen sind behandelt:		4705	3	9	5
‰ der Iststärke:		77,1	176,5	42,6	36,7
3. Abgang:	dienstfähig:	3249	1	9	4
	‰ der Erkrankten:	690,5	333,3	1000,0	800,0
	gestorben:	6	—	—	—
	‰ der Erkrankten:	1,3	—	—	—
	invalide:	30	—	—	—
	dienstunbrauchbar:	21	—	—	—
	anderweitig:	203	—	—	—
	in Summa:	3509	1	9	4
4. Bestand bleiben am 31. Juli 1899.	in Summa:	1196	2	—	1
	‰ der Iststärke:	19,5	117,6	—	7,3
	davon im Lazareth:	830	2	—	1
	davon im Revier:	366	—	—	—

Von den in Ziffer 3 aufgeführten Gestorbenen haben gelitten an: Acuter Miliartuberculose 1, Tuberculose der Lungen und des Darmes 1, Blinddarmentzündung 2 (darunter 1 complicirt mit eiteriger Bauchfellentzündung), Krebs des Magens 1, bösartiger Geschwulstbildung im Becken 1.

Ausser militärärztlicher Behandlung starb noch 1 Mann in Folge von Hufschlag gegen die Magengrube (Nervenerschütterung und Herzlähmung).

Der Gesammtverlust der Armee durch Tod betrug somit im Monat Juli 1899 7 Mann.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München
in der 34. Jahreswoche vom 20. bis 27. August 1899.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 32 (39*), Diphtherie, Croup 13 (20), Erysipelas 11 (8), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (1), Kindbettfieber 3 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 1 (2), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 5 (3), Parotitis epidem. 2 (4), Pneumonia crouposa 12 (8), Pyaemie, Septikaemie — (—) Rheumatismus art. ac. 14 (21), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 6 (9), Tussis convulsiva 16 (26), Typhus abdominalis 2 (2), Varicellen 2 (5), Variola, Variolois — (—). Summa 121 (151).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München
während der 34. Jahreswoche vom 20. bis 27. August 1899.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 2 (—), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 15 (16), Unterleibstyphus 1 (—), Keuchhusten 1 (2), Croupöse Lungenentzündung 2 (1), Tuberculose a) der Lungen 16 (22), b) der übrigen Organe 3 (3), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 3 (2), Unglücksfälle 3 (7), Selbstmord 1 (1), Tod durch fremde Hand — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 202 (195), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 23,7 (22,8), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 11,6 (12,3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München